



**UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

**Bc. Veronika Kesmanová**

**Získávání informovaných souhlasů při příjmu pacienta na jednotku intenzivní péče**

**Obtaining informed consents during admission of patients in the intensive care unit**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kulířová

Praha, 2018

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12. 12. 2018

Bc. Veronika Kesmanová

Podpis: .....

### **Identifikační záznam**

KESMANOVÁ, Veronika. Získávání informovaných souhlasů při příjmu pacienta na jednotku intenzivní péče. [Obtaining informed consents during admission of patients in the intensive care unit]. Praha, 2018. 81 s., 2 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulířová, Veronika.

## **ABSTRAKT**

Získávání informovaného souhlasu patří ke každodenním činnostem zdravotnického personálu v nemocnicích. Předložení informovaného souhlasu pacientovi náleží povětšinou do kompetence lékařů. Sestra je však stále přítomna u veškeré péče o pacienta a měla by být seznámena se všemi aspekty informovaného souhlasu. Získání informovaných souhlasů od pacientů přijímaných na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP) přináší řadu úskalí.

Pro tento kvantitativní výzkum byla použita metoda statistické analýzy dat pomocí techniky dotazníkového šetření. Dotazníkového šetření se účastnilo 99 respondentů. Výzkumné šetření probíhalo v rámci jedné nemocnice na vybraných JIP. Hlavním cílem práce je zhodnotit proces získávání informovaných souhlasů od pacientů z pohledu sester a identifikovat hlavní problémy související s podepisováním informovaných souhlasů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pacienti jsou před podepsáním informovaného souhlasu dostatečně poučeni od lékaře. Mezi hlavní problémy při podepisování informovaných souhlasů lze zařadit zdravotní stav pacientů přijímaných na JIP. Dále bylo zjištěno, že polovina pacientů nečte text informovaného souhlasu a na doplňující otázky se zeptají raději sester než lékařů. Z pohledu sester ovlivňuje pacienty i místo, kde jsou informace předány.

Výsledky tohoto výzkumu mohou přispět ke zkvalitnění péče o pacienty, budou prezentovány managementu nemocnice, aby mohly být implementovány do praxe. Po domluvě s vrchními sestrami jednotlivých klinik bude uspořádán seminář pro sestry týkající se informovaných souhlasů a platné legislativy.

### **Klíčová slova:**

informovaný souhlas

pacient

pohled sester

příjem pacienta

legislativa

## **ABSTRACT**

The process of acquiring informed consents from patients belongs to one of the everyday activities of hospital personnel. The duty of submitting informed consent forms to patients is mostly in competence of the doctors. Nurses, however, are present during the entirety of patients' medical care and should be acquainted with all aspects of the informed consent. The process of acquiring the informed consents from patients admitted to intensive care unit (hereinafter ICU) is connected with a multitude of difficulties.

The method of statistical analysis of data acquired by the questionnaire construction method was used for this quantitative research. 99 respondents participated in the questionnaire construction. The research took place within one hospital at chosen ICUs. The main goal of this thesis is to evaluate the process of acquiring informed consents from patients from the point of view of nurses and to identify the main issues connected with signing of informed consents.

The results of the research show that patients are adequately informed by their physicians before signing the informed consents. Poor medical condition of patients admitted to ICUs may be seen as one of the main issues during the signing of informed consents. The research further shows that 50% of patients don't read the text of informed consent and ask nurses, rather than doctors, additional questions. In nurses' opinion, the place where the information is conveyed also impacts the patients.

The results of this research may contribute to improvement in health care and will be presented to the management of the hospital to be implemented into practice. A seminar for nurses covering the topics of informed consents and the contemporary legislation will be held after a consultation with the head nurse of each department.

### **Key words:**

Informed Consent

Patient

Nurses' Point of View

Patient Admission

Legislation

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Kulířové za odborné vedení diplomové práce, za její cenné rady, připomínky, ochotu a laskavost. Dále bych ráda poděkovala RNDr. Petru Boschovi, CSc. za pomoc při zpracování statistických dat, všem kolegům a kolegyním, kteří mi ochotně pomáhali při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla velkou oporou v průběhu celého studia.

# Obsah

<b>1. Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Současný stav poznání .....</b>	<b>11</b>
2.1. Vznik a historie informovaného souhlasu .....	11
2.2. Zákony v České republice .....	13
2.2.1. Mezinárodní právní předpisy a smlouvy .....	13
2.2.2. Zákony České republiky .....	15
2.2.3. Vyhlášky .....	17
2.3. Etické otázky .....	17
2.4. Etické kodexy .....	19
2.5. Práva pacientů .....	20
2.6. Náležitosti informovaného souhlasu .....	21
2.7. Forma informovaného souhlasu .....	22
2.8. Právo „nevědět“ .....	23
2.9. Nesouhlas se zákrokem .....	24
2.10. Detenční řízení .....	25
2.11. Poskytnutí péče bez souhlasu .....	26
2.11.1. Případy stanovené zákony, v nichž lze poskytnout péči bez souhlasu pacienta .....	26
2.12. Souhlas s hospitalizací .....	28
2.13. Souhlas s poskytováním informací .....	28
2.14. Informování osob při poskytnutí péče bez souhlasu, zástupný souhlas .....	31
2.15. Nezletilí pacienti a pacienti zbavení svéprávnosti .....	32
<b>3. Použité metody .....</b>	<b>35</b>
3.1. Cíl práce .....	35
3.1.1. Výzkumné otázky .....	35
3.2. Metodika práce .....	35
3.3. Organizace výzkumu .....	35
3.4. Struktura dotazníku .....	36
3.5. Etické aspekty výzkumu .....	36
3.6. Zpracování dat .....	37
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>38</b>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>66</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>73</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>75</b>

<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>82</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>83</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>84</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>85</b>
Příloha č. 1: Žádost o distribuci dotazníků pro náměstkyni ošetřovatelské péče .....	86
Příloha č. 2: Dotazník.....	88



# 1. Úvod

Informovaný souhlas je v dnešní době běžnou součástí zdravotnické dokumentace. Vznikl jako reakce na paternalistický vztah lékaře k pacientovi. S rozvojem moderní medicíny a možností léčby je jistě institut informovaného souhlasu velmi potřebný. Je třeba, aby lékaři vnímali své pacienty jako partnery, brali ohledy na jejich přání a obavy a nevnímali je pouze jako objekt léčení. Pacienti od svých lékařů potřebují informace o jejich onemocnění, o tom, jak bude léčba probíhat a co mají očekávat, a lékaři zase od svých pacientů potřebují spolupráci. Dobré spolupráce pacienta lze nejlépe dosáhnout tak, že pacient se na svého lékaře se svým problémem může v klidu obrátit, lékaře vnímá jako autoritu, odborníka a také člověka, který mu vše vysvětlí tak, aby svému problému i jako laik dobře porozuměl a mohl při léčbě spolupracovat.

Téma informovaného souhlasu je v české medicíně stále velmi živé. Můžeme tak usuzovat z toho, že za posledních pět let vyšlo na toto téma šest odborných publikací a zhruba 150 článků v odborných časopisech. V praxi stále přetrvávají se získáváním informovaného souhlasu nemalé problémy. Někteří pacienti termín informovaný souhlas vůbec neznají, nebo pouze ví o tom, že v nemocnicích podepisují vždy „nějaké papíry“. Stále se ve své praxi setkávám s pacienty, kteří informované souhlasy vůbec nečtou a prostě podepíší předkládané dokumenty jako nějaké nutné zlo. Informace se pak snaží získat většinou od sester, které s nimi v nemocnicích tráví nejvíce času. Problémy však nejsou jen na straně pacientů, ale i na straně lékařů. Ve většině případů by měl totiž informovaný souhlas předložit pacientovi lékař. Lékař je totiž tím, kdo přijímá pacienta do zdravotnického zařízení, kdo provádí diagnostické výkony a ordinuje léčbu (Ptáček et al., 2017).

Pro mnoho lékařů je však informovaný souhlas pouze nadměrná administrativní zátěž. Většinou neuvažují nad tím, že by jim podepsaný informovaný souhlas měl zajistit nějakou podstatnou právní ochranu. Mnohdy na něj úplně zapomínají a informované souhlasy se doplňují s pacientem později, většinou za režie ošetřujících sester. Tím samozřejmě nechci říct, že lékaři pacienta neinformují. Spíše ale předávají informace při rozhovoru s pacientem při vizitách nebo kontrolách v ambulancích. Ze své osobní zkušenosti však vím, že tyto rozhovory většinou pacientům ani jejich příbuzným nestačí a minimálně polovinu informací ihned po rozhovoru s lékařem zapomenou. Pak se opět ptají na doplňující otázky sester, protože lékaře nechťejí „obtěžovat“ (Ptáček et al., 2017).

Obsahem teoretické části této diplomové práce je popis informovaného souhlasu z hlediska historického vývoje. Dále jsem zde uvedla zákony platné v České republice, které se týkají informovaného souhlasu a ze kterých jsem čerpala při zpracování této diplomové práce. Zhodnotila jsem zde i etické aspekty informovaného souhlasu a podrobně popsala, co by měl informovaný souhlas obsahovat. Dále jsem popsala i právo pacientů

vzdát se podávání informací, zástupný souhlas a také poskytnutí péče pacientům bez informovaného souhlasu a detenční řízení. V závěru teoretické části této práce jsem krátce popsala postup při získání informovaného souhlasu u dětí a u pacientů, kteří jsou zbavení svéprávnosti.

## 2. Současný stav poznání

### 2.1. Vznik a historie informovaného souhlasu

Z historického pohledu byla cesta k informovanému souhlasu velmi dlouhá. Je známo, že přístup lékařů k informování pacientů jak o jejich zdravotním stavu, tak o možnostech léčby byl v minulosti zcela odlišný, než je tomu dnes. V minulosti neměli lékaři technickou výbavu pro zjištění diagnózy. Důraz se kladl na rozhovor lékaře s pacientem. Lékař musel především získat důvěru pacienta i jeho příbuzných. Stal se autoritou, kterou je třeba uznávat, musel si získat a udržet dobrou reputaci, aby získal důvěru svých pacientů. Informace o léčbě však nesdělával. Podle některých autorů se jedná o medicínu mlčení. Prvním dokumentem, na který přísahali lékaři až do 18. století, a který přetrvává i dnes, a který dal základy lékařské etice, je Hippokratova přísaha. Tento dokument popisuje základní etické principy lékařského povolání. V Hippokratově přísaze je obsažen princip beneficence – dobřečinnosti. Tento princip byl stěžejním v antice i ve středověku. Lékař byl znalcem medicíny a dělal vše, co považoval za dobré pro pacienta, aby došlo k jeho uzdravení. Na názoru pacienta ale nezáleželo, odborníkem byl lékař, kterému pacient naprosto důvěřoval (Doležal, 2016).

V 18. a 19. století dochází k rozvoji medicíny. Lékaři vědí stále více o tom, jak lidské tělo funguje, a mají větší možnosti léčby. Lékaři začínají sdělovat pacientům některé informace o jejich onemocnění a o postupech jejich léčby. Informace se však zásadně sdělují pouze v případech, kdy mají lékaři dojem, že mohou pacientům prospět. „Špatné zprávy“ se nemocným nesdělují (Doležal, 2016).

V první polovině 20. století byl lékař celospolečensky uznávanou osobností. U pacientů a jejich příbuzných budil náležitý respekt. Lékařská praxe byla soukromým povoláním a pacienti si mohli vybírat, kterého lékaře navštíví. Vztah s pacientem byl zcela paternalistický a pacient s lékařem o léčbě nediskutoval, ale naprosto důvěřoval jeho schopnostem a dovednostem. Rozvíjel se názor, že je dobré sdělovat pacientům pravdivé informace o jejich zdravotním stavu a léčbě, zejména kvůli jejich spolupráci při léčbě a také kvůli zvyšování důvěry v lékaře. Souhlas pacienta byl pouze předpokládán, nikoliv přímo vyžadován. V medicíně stále platil především princip beneficence. Za války se váleční lékaři neptali raněných vojáků, jestli chtějí amputaci nohy, nebo ne. Lékaři dělali vše pro to, aby raněný přežil (Ptáček, Bartůněk, 2014).

Období před druhou světovou válkou a během ní, vrhlo ale také špatné světlo na lékařský stav. Již v předválečném období se němečtí badatelé začínají zabývat novým oborem vycházejícím z eugeniky – rasovou hygienou. Tento obor se začíná vyučovat i na německých univerzitách a je velmi dobře přijímán i např. v USA nebo ve Velké

Británii. „*První zákon o sterilizaci méněcenných a asociálních živlů byl vydán v roce 1907 ve Spojených státech.*“ (Eugenika, 2017)

V Německu byla v souvislosti s rasovou hygienou přijata tato tři hlavní opatření:

- *Zákon o sterilizaci* – přijat v roce 1933, umožňoval nucenou sterilizaci všech méněcenných lidí a všech, kteří „trpěli“. Vztahoval se především na mentálně postižené, nevidomé a psychicky nemocné lidi.
- *Norimberské zákony* – 1935, diskriminace Židů, určení, koho lze za Žida pokládat, odebrání občanských práv Židům, zákaz manželství mezi Židy a ne-Židy.
- *Akce eutanazie* – T4 (1939–1941) – vyvražďování německých občanů, takzvaný (dále jen tzv). bezcenných jedinců, především postižených nebo duševně nemocných. Nejprve byly vyvražďovány děti s různými genetickými poruchami nebo znetvořené, dále pak pacienti psychiatrických oddělení, práce neschopní, senilní a další (Ptáček, Bartůněk, 2014).

První náznaky informovaného souhlasu se v medicíně objevují od 20. let 20. století. Zpočátku se informovaný souhlas užíval především v chirurgii, a to před operačním zákrokem. Je známo několik případů soudních sporů v USA, a to již roku 1914. Na základě těchto případů bylo soudem uznáno, že pacient je jediný, kdo má právo určit, co má být uděláno s jeho tělem, a má právo se účastnit rozhodování o své léčbě. Dalším krokem, který podpořil vznik informovaného souhlasu, byl velký rozvoj v oblasti medicíny i počínající klinický výzkum na lidech. V roce 1948 byla přijata Všeobecná deklarace lidských práv, která reagovala na zločiny spáchané během druhé světové války. Jako reakce na další vývoj v oblasti medicíny a celosvětovou obavu lidí před nepřiměřeným zásahem do jejich integrity byla dále Radou Evropy přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny a později ještě dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí. Na konci 20. století a začátku 21. století nastává radikální změna. Dochází k velkým technickým pokrokům a novým objevům v oblasti medicíny. Přibývá administrativních úkonů, a tím i informovaných souhlasů. Lékaře v některých činnostech nahrazují přístroje a také některé diagnostické postupy jsou vykonávány za použití přístrojů. Dochází k takzvané dehumanizaci medicíny. Lékař stále méně hovoří s pacientem. Současně ale dochází také ke změně v přístupu lékařů k pacientům, jejich informování a spolupodílení se na léčbě. Pacienti mají stále více informací o různých nemocech a postupech léčby. Hodně informací získají pomocí internetu (Doležal, 2016).

V České republice byl informovaný souhlas poprvé v legislativě zakotven jako součást zákona čísla (dále jen č.) 20/1966 Sbírky (dále jen sb.). Je zde psáno, že zdravotní péče musí být poskytována pacientovi s jeho souhlasem nebo pokud lze souhlas předpokládat. V 60. letech se však na rozdíl od současnosti informovaným souhlasem nikdo moc nezabýval, byla to spíše formalita. Po roce 1990 však došlo k nárůstu trestních oznámení

a žalob. Tato situace vedla postupem času i k nárůstu administrativy a informovaných souhlasů. Nemocnice progresivně vypracovaly dokumenty na veškerou poskytovanou péči, aby se v případě soudního sporu měly čím bránit. První informované souhlasy však byly vypracovány příliš všeobecně, bez pravidel a nejčastěji v souvislosti s invazivními výkony. Určitý řád v tom, jak by měl informovaný souhlas vypadat, stanovila vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006, která byla později novelizována až na současnou vyhlášku č. 137/2018 Sb. V roce 2001 ratifikoval Parlament České republiky mezinárodní smlouvu – Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, kde je informovaný souhlas pacienta popsán jako jeho právo. Zákon č. 20/1966 Sb. nahradil v roce 2012 zákon č. 372/2011 Sb., v němž jsou již podrobněji popsána práva pacientů na informovaný souhlas a také situace, kdy je informovaný souhlas povinný. Dnes je trendem pohlížet na pacienta jako na partnera při rozhodování o léčbě a jejím postupu. Stále je zdůrazňována autonomie pacientů. Velkým problémem je však to, že lékař má na pacienta stále méně času. Osobního kontaktu velmi ubývá a ze zahraničních studií vyplývá, že pacienti jsou více nespokojeni s tím, že s nimi lékaři málo a nedostatečně komunikují, než například s kvalitou péče (Ptáček et al., 2017).

## 2.2. Zákony v České republice

V této kapitole budou podrobně popsány mezinárodní předpisy platné pro Českou republiku i tuzemské zákony a vyhlášky, které se týkají tématu informovaného souhlasu a jsou používány v této diplomové práci. Mezinárodní právní předpisy a smlouvy nemají sice vyšší právní sílu než zákony České republiky, ale mají aplikační přednost, proto jsem je zařadila na první místo. V Ústavě je psáno: „*Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.*“ (Čl. 10 Ústavy)

### 2.2.1. Mezinárodní právní předpisy a smlouvy

*Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod*, zkráceně Evropská úmluva na ochranu lidských práv, je mezinárodněprávní úmluvou na ochranu lidských práv v Evropě. Byla podepsána Radou Evropy v Římě 4. 11. 1950. Česká republika, tedy tehdy ještě Česká a Slovenská Federativní Republika, ratifikovala tuto úmluvu 18. 3. 1992 a uvedla ji ve Sbírce zákonů pod č. 209/1992 Sb. Obsah smlouvy byl postupem času novelizován a byly přidány nové protokoly. Úmluva garantuje lidská práva, mimo jiné právo na život, zákaz otroctví a mučení, svobodu projevu a jiné a ukládá povinnost respektovat lidská práva. Pro mou diplomovou práci je důležitý zejména článek 5 – Právo na svobodu a osobní bezpečnost. Nikdo nesmí být zbaven osobní svobody, pokud

tak nestanovuje zákon, jako v bodě e), jenž stanovuje zákonné držení osob za účelem zabránění šíření nakažlivé nemoci.

*Listina základních práv a svobod* byla přijata jako součást ústavního pořádku České republiky dne 16. 12. 1992. Byla vyhlášena předsednictvem České národní rady jako Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. skládá se ze 44 článků. Stanovuje, co jsou lidská práva, a komu náleží. Z hlediska informovaného souhlasu stanovuje, že nikdo nesmí být držen ve zdravotnickém zařízení proti své vůli, pokud k tomu nejsou zákonné důvody. Je zde stanoveno i to, že skutečnost, že je pacient zadržen ve zdravotnickém zařízení, musí být do 24 hodin (dále jen h.) oznámena soudu a ten musí do 7 dnů rozhodnout o přípustnosti držení pacienta ve zdravotnickém zařízení proti jeho vůli. Smyslem Listiny základních práv a svobod je především ochrana svobody a demokratických práv jedince.

*Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny* vznikla jako reakce na velký pokrok v oblasti biomedicíny a především na obavy, že by mohlo dojít k zneužívání medicíny v neprospěch lidí, a to především ve výzkumu. Bylo třeba vypracovat dokument, který by stanovil potřebná opatření, aby vývoj v oblasti medicíny a biologie byl k prospěchu jedinců, společnosti, a i celého lidstva a byla zachována ochrana důstojnosti a práv jedince. Tato úmluva byla přijata Radou Evropy 4. 4. 1997. Česká republika podepsala Úmluvu o lidských právech a biomedicině 24. 6. 1998. V roce 2001 byla tato mezinárodní smlouva ratifikována a je součástí právního řádu České republiky ve Sbírce mezinárodních smluv č. 96/2001 stejně jako Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí č. 97/2001. Nejdůležitější zde je kapitola II – Souhlas. Článek 5 stanovuje, že žádný zákrok v oblasti péče o zdraví nesmí být proveden bez předchozího svobodného a informovaného souhlasu dotčené osoby. Je zde pojednáno i o osobách, které dát souhlas nemohou, a o osobách s duševní poruchou. Stanoven je též postup v případě akutního ohrožení života a dříve vyslovených přání (Munzarová, 2005).

*Úmluva o právech dítěte* je nejrozšířenější mezinárodní smlouvou deklarující lidská práva a udává povinnosti státu, jako je například snížení dětské úmrtnosti, zajištění bezplatného základního vzdělání nebo ochrana dětí před užíváním narkotik. Byla přijata Valným shromážděním Organizace spojených národů (dále jen OSN) 20. 11. 1989. Postupně byla přijata všemi státy na světě s výjimkou USA. V tehdejší Československu byla tato mezinárodní smlouva přijata 6. 2. 1991 pod č. 104/1991 Sb. Jako součást úmluvy byly přijaty i tři opční protokoly, které chrání děti před zapojováním do ozbrojených konfliktů, před prodejem, dětskou prostitucí a pornografií. Mezi hlavní práva můžeme zařadit právo na přežití a rozvoj, právo na ochranu a právo na zapojení se do společnosti.

## 2.2.2. Zákony České republiky

*Ústava České republiky* je základní zákon a nejvyšší právní síla České republiky. Ústava je zároveň prvním ústavním zákonem České republiky. Byla vyhlášena Českou národní radou dne 16. 02. 1992 podle čl. 1 odstavec (dále jen odst.) 2 Ústavního zákona č. 1/1993. Česká republika je zde označena jako svrchovaný, demokratický právní stát, který je založen na úctě k právům a svobodám člověka a občana. Součástí Ústavy je i Listina základních práv a svobod.

*Občanský zákoník* nebo také Nový občanský zákoník, nabyt účinnosti 1. 1. 2014 a ve Sbírce zákonů ho najdeme jako zákon č. 89/2012 Sb. Tento zákon chrání zejména důstojnost a svobodu člověka, stanovuje, že každý člověk má právo na ochranu života a zdraví. Pro tuto diplomovou práci je důležité, že stanovuje, koho lze pokládat za osobu blízkou, popisuje nutnost souhlasu při zásahu do integrity člověka a dále práva člověka převzatého do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu.

*Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* č. 372/2011 Sb. nabyt účinnosti 1. 4. 2012. Je to nejdůležitější právní předpis, který stanovuje, co jsou zdravotní služby a kdo je může poskytovat, dále upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb i zdravotnických pracovníků. Upravuje poskytování zdravotních služeb za použití informovaného souhlasu.

*Zákon o specifických zdravotních službách* č. 373/2011 Sb., účinný od 1. 4. 2012. Upravuje zdravotní služby poskytované za zvláštních podmínek. Jedná se především o specializované lékařské výkony, ke kterým je potřeba vždy písemný informovaný souhlas, případně i schválení etické komise.

Mezi zdravotní služby poskytované za zvláštních podmínek patří:

- asistovaná reprodukce
- sterilizace
- terapeutická kastrace, testikulární pulpektomie
- změna pohlaví transsexuálních pacientů
- psychochirurgické výkony
- genetická vyšetření
- odběry lidské krve a jejích složek, léčba krví nebo jejími složkami
- ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena

*Zákon o zdravotnických prostředcích* č. 268/2014 Sb., účinný od 1. 4. 2015. Upravuje zacházení se zdravotnickými prostředky a jejich příslušenstvím. Zdravotnické prostředky jsou tříděny podle míry zdravotního rizika do rizikových tříd I, IIa, IIb a III. Pokud jsou

použity zdravotnické prostředky třídy IIb a III, musí o tom být učiněn zápis ve zdravotnické dokumentaci pacienta. V § 18 se pojednává o nutnosti svobodného informovaného souhlasu osoby, která se účastní klinické zkoušky zdravotnického prostředku. Tuto zkoušku musí předem schválit etická komise.

*Zákon o léčivech* č. 378/2007 Sb., účinný od 31. 12. 2007. § 52 udává povinnost získání informovaného souhlasu od osoby, která se účastní klinické studie, v níž jde o hodnocení humánních léčivých přípravků. Dále § 64 udává, že pokud je to možné, má pacient udělit souhlas s podáním transfuzního přípravku.

*Transplantační zákon* č. 285/2002 Sb., účinný od 1. 9. 2002. Stanovuje podmínky odběru a transplantace od živých i neživých dárců. Živí dárce musejí vždy podepsat informovaný souhlas s odběrem tkáně nebo orgánu. U nezletilých nebo nesvéprávných lidí lze ve výjimečných případech transplantovat pouze obnovitelné tkáně. Zajímavým faktem je, že odběr orgánů od zemřelých dárců je možný vždy, tedy v případě, že nejsou nějaké zdravotní překážky. Pouze pokud člověk za svého života vyslovil prokazatelně nesouhlas s odběrem orgánů, nelze orgány od zemřelých dárců odebrat.

*Zákon o umělém přerušení těhotenství* č. 66/1986 Sb., účinný od 1. 1. 1987. Stanovuje, že umělé přerušení těhotenství je možné provést pouze na požádání pacientky a s jejím výslovným informovaným souhlasem. Stanovuje také podmínky umělého přerušení těhotenství. Dále stanovuje, že u dívek ve věku od 16 do 18 let lze provést umělé přerušení těhotenství na jejich žádost. Informovaný souhlas i v tomto případě podepisuje dotčená dívka, zdravotnické zařízení má pouze informační povinnost vůči zákonnému zástupci.

*Zákon o ochraně veřejného zdraví* č. 258/2000 Sb., účinný od 1. 1. 2001. Stanovuje podmínky pro předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí. Stanovuje povinnost očkování a podmínky, kdy je možno přistoupit k izolaci nebo karanténě osob, aby bylo možno předcházet vzniku a šíření infekčních onemocnění.

*Zákon o zvláštních řízeních soudních* č. 292/2013 Sb., účinný od 1. 1. 2014. Tento zákon určuje, jak má být postupováno ve věcech přípustnosti hospitalizace nebo držení v ústavech pokud pacient nepodepsal souhlas s hospitalizací. Dále tento zákon také řeší otázku o přivolení k zásahu do integrity bez souhlasu pacienta.

*Zákon č. 404/2012 Sb.*, kterým se mění zákon č. 99/1963Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony, účinný od 1. 1. 2013. Tento zákon, bod 21–31 (§ 191), popisuje, jak je postupováno v případě, že je do zdravotnického zařízení přijat pacient, který není schopen činit právní úkony.



### 2.2.3. Vyhlášky

*Vyhláška o zdravotnické dokumentaci* č. 137/2018 Sb., účinná od 24. 7. 2018. Stanovuje, jaké informace o pacientovi musí obsahovat zdravotnická dokumentace, a také minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Mimo jiné stanovuje dobu, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovávat, nebo nově umožňuje převést dokumenty z listinné podoby do elektronické. Oproti původní vyhlášce č. 98/2012 Sb. doplňuje některé informace o pacientovi, jako např. místo, kde se pacient fakticky zdržuje, ne pouze trvalé bydliště. U nesvéprávných pacientů je požadován kontakt na zákonného zástupce, dále také způsob komunikace u pacienta se sluchovým nebo zrakovým postižením, který on sám preferuje. Nově vyhláška o zdravotnické dokumentaci již nestanovuje konkrétní písemné náležitosti informovaných souhlasů, negativního reverzu a dříve vyslovených přání, ale postupuje se podle zákona 372/2011 Sb. Dále byly také odstraněny konkrétní požadavky na vedení dokumentace ošetrovatelské péče. Nová vyhláška tak nechává prostor tomu, aby zdravotnická dokumentace byla přizpůsobena typu zdravotnického zařízení a zdravotní péče (Štěpanyová, 2018).

### 2.3. Etické otázky

Etika je nauka o morálce. Je to filozofická disciplína, která zkoumá lidské chování a hodnotí, jestli je dobré nebo špatné. „*Etika se zabývá zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle.*“ (Ptáček, Bartůněk, 2014, strana (dále jen s.) 35)

Z hlediska tématu získávání informovaných souhlasů je důležitá především lékařská etika. Základy lékařské etiky vycházejí z Hippokratovy přísahy. Mezi základní hodnoty lékařské etiky patří princip nonmaleficence (především pacientovi neškodit), princip beneficence (konání ve prospěch pacientova dobra), princip autonomie (svoboda rozhodování) a princip spravedlnosti (dostupnost odborné péče pro všechny za jakýchkoliv okolností). V lékařské etice můžeme najít ještě jedno základní pravidlo: „*Salus aegroti suprema lex.*“ – Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem (Šimek, 2015).

V dostupné literatuře se různí autoři shodují na tom, že platný informovaný souhlas by měl obsahovat určité náležitosti. Mezi tyto náležitosti patří:

- sdělení informací
- porozumění pacienta
- dobrovolnost rozhodnutí
- kompetence
- souhlas, svobodné rozhodnutí

I prosté sdělení informací může být především u pacientů přijímaných na jednotku intenzivní péče obtížné. Pacienti nemusejí být v době přijetí k hospitalizaci při vědomí, jsou přijímáni akutně, v ohrožení života a není čas dlouze hovořit s pacientem o možnostech léčby. Pokud je však pacient při vědomí a je schopen informace přijmout, je třeba ho informovat vždy. Obzvláště pak jedná-li se o souhlas při přijetí k hospitalizaci. Tento souhlas musí být podle zákona vždy v písemné formě. Samozřejmostí je, že rozhovor by měl být veden citlivě, s ohledem na bio-psycho-sociální potřeby pacienta, případně za přítomnosti rodiny, pokud si to pacient přeje. Neméně důležité je také od pacienta získat informace, jestli jsou nějaké osoby, které si výslovně nepřeje informovat o svém zdravotním stavu. Dobrá komunikace mezi lékařem a pacientem je základem léčebného procesu a podepsání informovaného souhlasu je už pouze formální detail. Podepsáním informovaného souhlasu pacient pouze potvrdí, že byl lékařem náležitě informován, že mu bylo vše ohledně jeho léčby nebo plánovaného výkonu vysvětleno, že je seznámen s možnými riziky a alternativními postupy. Podepsání informovaného souhlasu nikdy nemůže nahradit osobní kontakt a rozhovor mezi lékařem a jeho pacientem (Ptáček et al., 2017).

Jedním z etických problémů při získávání informovaných souhlasů může být to, že aby byl pacient schopen dát informovaný souhlas, musí být znalý problematiky, které se informovaný souhlas týká. Je tedy nutné, aby si lékař s pacientem promluvil a vysvětlil mu daný problém. Pacient má mít také podle platné právní úpravy právo klást doplňující otázky, aby dané problematice dostatečně porozuměl. V podstatě chceme po pacientovi, aby se stal, tak jako lékař, odborníkem v určité oblasti medicíny, ve které žádáme jeho informovaný souhlas, a dále aby částečně převzal zodpovědnost za své zdraví. Součástí poučení pacienta musí být i výčet možných komplikací. Každý výkon ve zdravotnictví přináší pro pacienta větší či menší míru rizik. Zdravotní péče je poskytována pomocí lidí, kteří jsou omylní (s přihlédnutím k faktorům, které musíme zohlednit, jako např. osobní problémy, únava a vyčerpání, přepracovanost, syndrom vyhoření...), a také pomocí přístrojů, které se také mohou porouchat. Tudíž je třeba, aby si všichni zúčastnění, jak pacienti, tak osoby poskytující péči, uvědomili, že žádné poskytnutí zdravotní péče není zcela bez rizika. A dále samozřejmě existují možná rizika a komplikace při konkrétním výkonu, který pacienta čeká. O tom všem by měl lékař pacienta poučit. Ale co když pacient tyto informace nechce? Podle zákona na to má sice právo, ale jak potom poskytovat péči informovaným pacientům? Otázka, která mě v této souvislosti napadá, zní: Chtějí o své léčbě pacienti vždy rozhodovat? Jsou toho vždy schopní? Pro to, aby mohl pacient udělit informovaný souhlas, musí být tzv. kompetentní. Nemyslím tím v tomto případě, že musí být svéprávný, ale musí být kompetentní z etického pohledu na věc, tedy musí být schopný učinit rozhodnutí. U průměrného pacienta předpokládáme, že pokud mu předáme informace o jeho onemocnění a způsobu navrhované léčby, bude schopný se rozhodnout, jestli tuto léčbu chce podstoupit. Problém může nastat u pacientů, kterým sdělujeme, že trpí nějakou vážnou chorobou. Zkušený zdravotník

by si měl uvědomit, že nastane psychická reakce na tuto událost a pacient se s ní bude vyrovnávat. Tyto reakce jsou známé jako fáze vyrovnávání se s náročnou životní situací, které popsala doktorka Elisabeth Kübler-Ross ve své knize *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their own Families* (Kübler-Ross, 1997). Může se tedy stát, že pacient předanou informaci zcela vytěsňuje nebo není ochotný si připustit, že je nemocný. V tomto okamžiku je na prvním místě dobrá komunikace s pacientem, empatický přístup k němu a snaha porozumět jeho obavám a trápením (Šimek, 2015).

Další etickou otázkou zřejmě také je, jestli se pacient rozhoduje opravdu dobrovolně. Dá se mluvit o dobrovolnosti, když měl pacient autonehodu a má mnohočetná zranění? Zcela dobrovolně si nenecháme vytrhnout zub u zubaře. Je třeba se zamyslet nad tím, že pacient většinou vyhledá lékaře, pokud ho něco trápí, má nějaké obtíže. Obzvláště přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče nelze hovořit o úplné dobrovolnosti. Když se tak zamyslíme, pacient prostě udělá to, co ho zbaví obtíží nebo bolesti, jeho rozhodnutí je zcela účelové. Stejná otázka vyvstává u bodu „svobodné rozhodnutí“. Často se ve své praxi setkávám s tím, že když má pacient podepsat informovaný souhlas, odmítne přečtení všech těch „papírů“ a informovaný souhlas podepíše se slovy: „Co mi zbývá!“ Podle zákona by měl být pacient informován i o alternativách léčby a většinou lékař i nějakou alternativu léčby zmíní. Pacient je ale povětšinou laik a lékař odborník. Bude tedy chtít pacientovi poskytnout tu nejlepší péči, ale dle svého odborného názoru. Z určitého pohledu je lékařem na pacienta vždy vyvíjena jistá forma nátlaku a do určité míry je použita manipulace. Ze strany lékaře nejde úplně o vědomé jednání, ale jak jinak popsat situaci, kdy lékař sdělí pacientovi, že buď bude souhlasit s amputací nohy, nebo zemře. Na místě je především pravidelná a dobrá komunikace mezi pacientem a lékařem, Je potřeba, jak tomu bylo již ve starověku, aby lékař vyzařoval autoritu a pacient v něj mohl mít důvěru. Důvěru v to, že přichází s problémem a lékař ho podle možností dnes dostupné medicíny vyřeší. Důvěru v to, že se dozví informace o svém zdravotním stavu v takové míře, aby byl schopen dále řídit svůj život. Důvěru v to, že se alespoň částečně bude podílet na své léčbě. Možná by v některých situacích mělo ubýt papírování a informovaných souhlasů, a mělo by přibýt více komunikace mezi lékařem a jeho pacienty (Doležal, A., 2011a).

## **2.4. Etické kodexy**

Na tomto místě považuji za důležité uvést dva nejzákladnější etické kodexy, Etický kodex lékařů a Etický kodex sester. Etické kodexy nemusejí být vždy právně závazné, ale upravují obecná i konkrétní pravidla pro výkon práce jednotlivých profesí. Dále zde také uvedu práva pacientů.

## Etický kodex lékařů

V České republice musí být každý lékař praktikující na jejím území členem České lékařské komory (dále jen ČLK). ČLK je samosprávná organizace. Skládá se mimo jiné z prezidenta, viceprezidenta, má své představenstvo, čestnou radu, etickou komisi atd. ČLK byla zřízena zákonem č. 220/1991 Sb. V roce 1996 byl přijat jako Stavovský předpis č. 10, Etický kodex České lékařské komory. Tento předpis nabyl účinnosti dne 1. 1. 1996 a později, v roce 2007, byl novelizován. Etický kodex lékaře udává chování a jednání lékařů vzhledem k pacientovi, ostatním lékařům a ostatním zdravotnickým pracovníkům. Stanovuje, že úkolem lékaře je chránit zdraví a život a zmírňovat utrpení. Stanovuje také, že lékař je povinen informovat pacienty o jejich zdravotním stavu a zamýšlené terapii. Při porušení Etického kodexu lékařů může být lékař vyloučen z ČLK a potom nesmí vykonávat povolání lékaře (Stavovský předpis č. 10 ČLK, 2011).

## Etický kodex sester

Sestry v České republice nejsou zákonem formovány tak jako lékaři. Mohou se však sdružovat v České asociaci sester (dále jen ČAS). ČAS vznikla v roce 1990, je to dobrovolná, nepolitická organizace, která sdružuje sestry a jiné nelékařské zdravotnické pracovníky. Tato organizace se hlásí k Etickému kodexu mezinárodní rady sester, který byl poprvé přijat v roce 1953 Mezinárodní radou sester (dále jen ICN). Tento etický kodex byl přijat ČAS a je platný od 29. 3. 2003. Od sester je očekáváno, že budou zachovávat respekt k lidskému životu, důstojnost, budou hájit lidská práva, vykonávat svou profesi svědomitě, převzou zodpovědnost za své rozhodnutí a jednání, budou osobně zodpovědné za kvalitu ošetrovatelské péče a budou udržovat vysoký standard poskytované péče (Kutnohorská, 2007).

## 2.5. Práva pacientů

Práva pacientů vznikla jako reakce na technické pokroky v medicíně a její postupnou dehumanizaci. Nejprve vznikla práva pacientů jako etický kodex, který nebyl nijak právně závazný. Člověkem, který poprvé vyslovil práva pacientů, byl v roce 1971 americký farmaceut David Anderson. První etický kodex byl napsán v 1. osobě, jako přímá reakce Andersona na pobyt v nemocnici a tehdejší problémy pacientů a zdravotníků, které do té doby nikdo neformuloval a nevedl o nich žádnou diskusi. Celý text prvního kodexu práv pacientů zní: *„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábrany. Neznám Vás dobře a odmítám Vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s Vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z Vašeho počínání opravdu prospěch.“*

(Anderson, 1971). V roce 1973 byl etický kodex pacientů přijatý Americkou asociací nemocnic a postupně byl dále novelizován (Šimek, 2015).

U nás byla práva pacientů přijata až mnohem později. Nejvíce se podílela na prosazení a přijetí práv pacientů prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc. Práva pacientů byla schválena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky a byla prohlášena za platná dne 25. 2. 1992. Dnes práva pacientů najdeme na internetových stránkách všech nemocnic a měla by být pacientům přístupná i na všech odděleních a ambulancích nemocnic. Pro tuto diplomovou práci je důležité, že mezi práva pacientů patří mimo jiné právo pacienta na informace o zamýšlených diagnostických a terapeutických postupech, aby se mohl rozhodnout, zda s nimi souhlasí. Dále má právo znát možné alternativní postupy léčby, známá rizika spojená s léčbou a samozřejmě má také právo léčbu odmítnout, pokud její přijetí nenařizuje zákon (Kutnohorská, 2007).

## 2.6. Náležitosti informovaného souhlasu

Informovaný souhlas je právní úkon, jenž opravňuje zdravotnického pracovníka provést na pacientovi léčebné nebo diagnostické zákroky, se kterými pacient předem svobodně souhlasil, a jenž musí splňovat určité náležitosti. Do 24. 7. 2018 respektive do 1. 11. 2018 platila Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb., která ukládala konkrétní minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Tato vyhláška však byla nahrazena vyhláškou č. 137/2018, která toto zrušuje, a již není stanovena přesná struktura záznamu o informovaném souhlasu a není přesně stanoveno, jaké informace musí pacient obdržet. Podle náměstka pro legislativu a právo JUDr. Radka Policara: *„Listinný záznam bude vždy obsahovat jen to, co bude reálně probíhat v praxi, tedy informace, které předává lékař, a rozhodnutí pacienta v této věci.“* (Vyhláška uvolní ruce..., 2018)

Součástí právního řádu České republiky je mezinárodní smlouva z roku 1997, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Tato mezinárodní smlouva byla v roce 2008 ratifikována a stala se součástí právního řádu České republiky. Z odstavce 5 této smlouvy vyplývá, že: *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“* (Mach, 2010, s. 117)

Informovaný souhlas musí být vždy poučený, kvalifikovaný a svobodný. Poučení pacienta nemůže být vždy zcela vyčerpávající, ale je důležité, aby pacient pochopil podstatu svého onemocnění a mohl dát souhlas k navrhovanému zákroku, jehož cílem je buď léčba onemocnění, nebo jeho diagnostika. Ne vždy je poučený pacient informovaný. Je nutné zhodnotit, nakolik pacient předávaným informacím porozuměl. *„V každém případě je třeba pečlivě zvážit, zda je pacient schopen porozumět sdělovaným informacím, a pamatovat jak na srozumitelnost, tak na přiměřenost sdělovaných skutečností.“* (Haškovcová, 2007a, s. 34). Pacient má samozřejmě také právo na informace o možných

alternativách navrženého postupu, a to o všech, které současná medicína nabízí a které jsou lege artis. Dále musí být pacient informován o možných komplikacích navrhovaného zákroku. Obvykle je pacient informován o komplikacích, které jsou nejčastější, a také o těch, které jsou závažné (Mach, 2010)

O léčebných a diagnostických zákrocích musí informovat pacienta vždy lékař. Lékař je také odpovědný za to, aby pacient předávaným informacím dostatečně porozuměl, případně mohl mít doplňující otázky. Pokud je od pacienta požadován písemný informovaný souhlas, je mu většinou předkládán dokument, který je napsán za použití odborné terminologie. Lékař by měl při poučení pacienta brát také ohled na to, že většina pacientů jsou laici a nemusí vždy jasně odborné terminologii porozumět. Pokud pacient nemá možnost před podpisem informovaného souhlasu hovořit s lékařem, jde o hrubé porušení jeho práv. V případě, že by došlo k soudnímu sporu a bylo by prokázáno, že informovaný souhlas předložila pacientovi k podpisu například sestra a lékař pacienta vůbec neinformoval, byl by tento dokument pouze bezcenným papírem ve zdravotnické dokumentaci (Mach, 2010).

Informovaný souhlas musí být pacientem také udělen svobodně. V žádném případě nelze na pacienta vyvíjet nějaký nátlak, ať už vědomě nebo nevědomě. V situacích, kdy je to možné, musí mít pacient dostatek času, aby si své rozhodnutí mohl rozmyslet, případně i konzultovat s rodinou či jiným odborníkem. Informovaný souhlas se nedá považovat za platný, pokud je pacientem udělen pod vlivem alkoholu či drog nebo pokud je pacientem udělen až po podání premedikace.

## **2.7. Forma informovaného souhlasu**

Informovaný souhlas je projevem vůle pacienta vůči zdravotnickému pracovníkovi provést na něm určitý výkon. Zákonem není stanoveno, že by veškeré informované souhlasy musely být učiněny písemnou formou. Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. ukládá, v § 34 odst. 2, že písemný informovaný souhlas je vyžadován vždy při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení jako souhlas s hospitalizací. Dále se písemná forma informovaného souhlasu vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis. Tímto právním předpisem je zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Další úkony vyžadující písemný souhlas pacienta jsou popsány v zákoně č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, část sedmá § 81 a § 82, dále zákon č. 285/2000 Sb., transplantční zákon, zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech, a zákon č. 366/2017 Sb., zákon o zdravotnických prostředcích.

Existují tři možné formy informovaného souhlasu. Mezi přijatelné patří udělení souhlasu pacientem ústně, konkludentně nebo písemně. Ústní a konkludentní vyjádření pacientova souhlasu probíhá běžně, obzvláště při drobnějších zákrocích, jako jsou například preventivní prohlídky u lékaře, odběry krve, základní rentgenové vyšetření a jiné.

Konkludentní vyjádření souhlasu znamená, že pacient se konkrétně nevysloví, že s daným zákrokem souhlasí, nicméně z jeho chování a gest je jasné, že s daným zákrokem souhlasí, např. natáhne ruku při odběru krve (Haškovcová, 2007a).

Ústní a konkludentní formy informovaného souhlasu se však při případném zpochybnění, zda byl pacient dostatečně poučen, špatně prokazují. Při provádění léčebných nebo diagnostických výkonů, které jsou invazivní nebo významněji zasahují do integrity pacienta, je namístě vyžadovat písemnou formu informovaného souhlasu (Těšínová, Žďárek, Policar, 2011).

Pokud by byl pacient cizinec, je nutné vyhotovit písemný informovaný souhlas v jazyce, kterému pacient rozumí, nejlépe v jeho rodném jazyce, abychom předešli případné jazykové bariéře. Je namístě zvážit i asistenci tlumočníka (Mach, 2015).

Zákon požaduje písemnou formu informovaného souhlasu pouze v některých případech. Všechny ostatní informované souhlasy jsou vyžadovány zdravotnickými zařízeními nebo lékaři pouze pro případné pozdější potvrzení, že pacient byl informován a byla splněna zákonná povinnost získat od pacienta informovaný souhlas (Policar, 2014).

## **2.8. Právo „nevědět“**

Pacient má dle zákonů platných v České republice právo vzdát se podávání informací o svém zdravotním stavu. Toto právo je popsáno v zákoně o zdravotních službách § 32. Zde je uvedeno, že pacient má právo určit také osobu, která místo něj bude informována. Tato osoba pak přijímá v plném rozsahu informace o pacientově zdravotním stavu, ale neznamená to, že osoba přijímající informace má právo rozhodovat za pacienta. Na udělení souhlasu s poskytováním zdravotních služeb má právo stále pouze pacient, pokud nebyl zbaven svéprávnosti nebo nebylo zahájeno detenční řízení. Informace o tom, že se pacient rozhodl využít práva vzdát se podávání informací, případně že určil osobu, která má být místo něj informována, musí být zapsána ve zdravotnické dokumentaci. Důležitou součástí tohoto záznamu je podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který předal pacientovi tyto informace. Pacient také nemusí určovat žádnou osobu, která by měla být místo něj informována, a souhlasy se zdravotnickými výkony udělí ze svobodné vůle, ač neinformované. Výjimkou, kdy pacient musí být informován, i když se práva na informace vzdal, jsou situace, kdy buď podle § 2641 občanského zákoníku hrozí pacientovi nebo jiné osobě nebezpečí ze zadržování informace, nebo dle zákona o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 trpí pacient přenosnou infekční nemocí, která může ohrožovat jiné osoby (Konečná, 2015).

## 2.9. Nesouhlas se zákrokem

Ve zdravotnických zařízeních se můžeme setkat se situací, kdy pacient nesouhlasí s navrhovaným léčebným postupem. Na takové rozhodnutí má právo. Ze zákonů platných v České republice vyplývá, že integrita každého člověka je nedotknutelná. Každý tedy může svobodně rozhodovat v otázkách péče o své zdraví. Toto právo lze vyvodit z Listiny základních práv a svobod, kde je v článku 7 hlavy II psáno, že nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena, a dále v článku 8 hlavy II, v němž stojí, že osobní svoboda je zaručena. Pacient má také právo, dříve vyslovený souhlas s poskytnutím zdravotních služeb kdykoliv odvolat. Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nelze odvolat pouze v případě, že zákrok byl již započat a jeho přerušení by ohrozilo zdraví pacienta (Konečná, 2015).

Autonomie vůle pacienta je nadřazena rozhodování lékaře i v případě, že odmítnutím zdravotní péče může dojít například ke zkrácení života pacienta. Pokud pacient odmítá poskytnutí zdravotních služeb, má na to právo po důkladném zvážení a vysvětlení možných důsledků lékařem. Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb pacientem neboli tzv. negativní revers, musí být dle zákona č. 372/2011 Sb. v písemné podobě. Pacientovi musí být informace o jeho zdravotním stavu předána opakovaně, tak aby bylo zřejmé, že pokud nedojde k poskytnutí zdravotní služby, může dojít k vážnému poškození pacientova zdraví nebo může dojít i k ohrožení jeho života. Pacient musí učinit písemné prohlášení a potvrdit, že mu byly předány všechny tyto informace, porozuměl jim a měl možnost položit doplňující otázky, které mu byly zodpovězeny. Prohlášení o tom, že i přes podané informace pacient zdravotní služby odmítá, musí být v písemné formě a musí obsahovat podpis pacienta. V případě, že by pacient nemohl, ze zdravotních důvodů, nebo nechtěl tento záznam podepsat, je třeba zajistit podpis a identifikaci svědka, který byl přítomen při odmítnutí zdravotní péče pacientem, a zaznamenají se důvody, proč pacient negativní revers nepodepsal a případně jakým jiným způsobem projevil své rozhodnutí (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Pokud pacient odmítá zdravotní péči, je nutné, aby s ním o důvodu odmítnutí promluvil vždy lékař. Někdy je pacient rozrušen a jeho obavy zapříčiní odmítnutí například bolestivého zákroku. Rozhovor s lékařem, nejlépe specialistou, někdy může pacienta uklidnit. Samozřejmě je namístě zvážet, jestli by se nedalo přistoupit i k nějakému alternativnímu řešení situace. Pokud pacient ani po rozhovoru s lékařem nepřistoupí ke svolení se zákrokem, musí lékař také zvážet, jestli je pacient ve stavu, aby mohl dostatečně posoudit svůj zdravotní stav a mohl učinit rozhodnutí pro odmítnutí zdravotních služeb. Na pomoc lze přivolat i klinického psychologa nebo psychiatra. Pokud lékař rozhodne o tom, že pacient není ve stavu, který mu umožňuje provádět platná právní rozhodnutí, může přistoupit k poskytnutí zdravotní péče bez souhlasu pacienta a zahájit detenční řízení (Těšínová, Žďárek, Policar, 2011).



## 2.10. Detenční řízení

Význam slova detence je „zadržení“. Ve zdravotnictví je používána při zadržení pacienta v nemocničním zařízení bez jeho souhlasu. Držení pacienta ve zdravotnickém zařízení proti jeho vůli je závažným zásahem do svobody člověka, při němž je zcela potlačena autonomie jeho vůle. Proto může být přikročeno k zadržení pacientů ve zdravotnických zařízeních pouze v zákonem stanovených případech, a to vždy pro dobro pacienta, ochranu jeho zdraví nebo ochranu zdraví veřejnosti. Detenční řízení je právní úkon, který upravuje zákon č. 404/2012 Sb. (zákon, kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony) a také zákon č. 292/2013 Sb. (zákon o zvláštních řízeních soudních). Zpravidla je detenční řízení zahajováno u pacientů, kteří jsou do zdravotnického zařízení přijímáni bez svého souhlasu. Většinou se jedná o situace, kdy je potřeba pacientovi poskytnout neodkladnou zdravotní péči, ale pacient není z důvodu změny stavu vědomí, schopen souhlas s hospitalizací udělit. Můžeme se setkat i se situací, kdy pacient udělil písemný souhlas s hospitalizací, ale během hospitalizace byl omezen ve volném pohybu nebo ve styku s vnějším světem. Dále se toto řízení zahajuje, pokud pacient ohrožuje bezprostředně sebe nebo své okolí, jeví známky duševní choroby nebo je pod vlivem návykové látky. Přikročuje se k němu též u onemocnění, u kterých je zákonem nařízeno léčení (Těšínová, Žďárek, Policar, 2011).

Pokud pacient při přijetí do nemocnice není schopen podepsat souhlas s hospitalizací, nebo ho odmítá podepsat a jsou zákonné důvody pro jeho zadržení v nemocnici nebo pro omezení volného pohybu pacienta a jeho styku s vnějším světem během hospitalizace, musí ošetřující lékař do 24 hodin od převzetí pacienta do péče nebo do 24 hodin od omezení volného pohybu podat hlášení soudu. Hlášení je podáváno tomu soudu, pod jehož obvod zdravotnické zařízení, ve kterém je pacient nedobrovolně hospitalizován, spadá. Soud poté zahájí detenční řízení. Do 7 dnů od podání hlášení soud rozhodne, jestli došlo k hospitalizaci pacienta ze zákonných důvodů a zda je další zadržení pacienta ve zdravotnickém zařízení nutné. Dále soud stanoví nemocnému opatrovníka pro toto řízení, a to nejčastěji někoho z blízkých osob nebo jinou vhodnou osobu. Pokud nikoho takového pacient nemá, může být opatrovníkem pro detenční řízení i někdo z advokátů. Tento opatrovník nemá právo udělit za pacienta souhlas nebo informovaný nesouhlas při poskytování zdravotních služeb, ani za něj jinak právně jednat. Tento opatrovník je soudem stanoven pouze pro účely detenčního řízení, aby v něm hájil zájmy nedobrovolně hospitalizovaného pacienta. To znamená, že pacient je z důvodu nařízení soudu povinen setrvat ve zdravotnickém zařízení, ale stále má právo na odmítnutí léčby nebo diagnostických výkonů (Mach, 2010).

Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí pacienta do péče nebo jeho držení ve zdravotním ústavu probíhá tak, že je soudem jmenován znalec, lékař, který nepracuje ve zdravotním ústavu, ve kterém je pacient držen. Znalec vypracuje posudek a soud dále provede důkaz

i zdravotnickou dokumentací a vyjádřením ošetřujícího lékaře. Při soudním jednání by měl být přítomen i pacient, pokud toto jednání podle vypracovaného znaleckého posudku nemůže vážně poškodit jeho zdravotní stav. K projednání věci svolá soud jiný soudní rok. To znamená, že soudního řízení může probíhat mimo soudní budovu přímo ve zdravotnickém zařízení, aby mohl být soudnímu jednání přítomen i pacient, i mimo obvyklou úřední dobu soudu. Z tohoto jednání může předseda senátu vyloučit veřejnost. Podle § 78 zákona o zvláštních řízeních soudních soud svým rozhodnutím určí, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů, a pokud ano, zda tyto důvody trvají. Pokud tyto důvody netrvají, nařídí propuštění člověka ze zdravotnického zařízení a pacient musí být zdravotnickým zařízením neprodleně propuštěn. Podle § 79 téhož zákona musí být doručeno rozhodnutí soudu do 24 hodin umístěnému člověku, jeho zástupci a zdravotnímu ústavu. Dalším stadiem detenčního řízení je rozhodnutí o dalším nutném zadržení pacienta ve zdravotnickém zařízení. Rozsudek musí být vyhlášen do tří měsíců od rozhodnutí soudu o přípustnosti umístění pacienta do zdravotnického zařízení. Účinnost tohoto rozhodnutí je platná maximálně po dobu jednoho roku. Po uplynutí této maximální doby musí proběhnout další, přezkumné, řízení. Podle § 82 zákona o zvláštních řízeních soudních může podat sám pacient nebo jeho zástupce návrh na propuštění před uplynutím doby, do které je držení pacienta ve zdravotnickém zařízení přípustné. Soud musí vydat rozhodnutí do dvou měsíců od podání návrhu (Zákon č. 292/2013).

## **2.11. Poskytnutí péče bez souhlasu**

Jak již bylo výše zmíněno, není možné provádět jakékoliv úkony spojené s poskytováním péče o zdraví, tedy léčebné ani diagnostické, bez svobodného informovaného souhlasu dotčené osoby. Toto právo je popsáno v článku 5 Úmluvy na ochranu lidských práv. V souvislosti s poskytováním zdravotní péče však nastávají i situace, které vyžadují poskytnutí zdravotních služeb i bez svobodného souhlasu pacienta. Tyto situace, kdy je možné poskytnout péči bez souhlasu pacienta, jsou popsány v zákonech platných v České republice. Mezi tyto zákony patří: Úmluva o ochraně lidských práv, zákon o zdravotních službách, občanský zákoník, zákon o ochraně veřejného zdraví, trestní zákoník (Mach, 2010).

### **2.11.1. Případy stanovené zákony, v nichž lze poskytnout péči bez souhlasu pacienta**

#### **Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**

Podle článku 26 Úmluvy na ochranu lidských práv nelze práva osob omezit jinak než za použití zákonů v dané zemi. Lidská práva se dají omezit pouze v případě vyššího dobra a v zájmu bezpečnosti širší veřejnosti. Omezením lidských práv lze předcházet trestné

činnosti, lze ho použít v rámci ochrany veřejného zdraví a také k ochraně práv a svobod jiných, jelikož svoboda jednoho začíná tam, kde končí svoboda druhého.

### **Zákon o zdravotních službách**

Zákon o zdravotních službách udává, že je možné hospitalizovat bez souhlasu:

- pacienta, kterému bylo soudně nařízeno ochranné léčení, pacienta, u kterého je podezření na infekční nemoci a byla mu nařízena izolace, karanténa nebo léčení, viz zákon o ochraně veřejného zdraví, nebo pacienta, kterému je nařízeno vyšetření zdravotního stavu podle trestního řádu;
- pacienta, který jeví známky duševní poruchy nebo je pod vlivem návykové látky a ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí;
- pacienta, jehož stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče, ale jeho stav neumožňuje, aby vyslovil souhlas. Poskytnutím péče však nesmí být dotčeno dříve vyslovené přání;
- nezletilého nebo pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu opatrovníka nebo zákonného zástupce hospitalizovat při podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

### **Občanský zákoník (nový)**

Občanský zákoník popisuje práva člověka převzatého do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu. Popisuje, že lze takto postupovat pouze v zákonem daných případech a v případě, že nelze zajistit péči jiným opatřením.

Pokud je osoba převzata do zdravotnického zařízení bez svého souhlasu, musí být o tom podána zpráva jejímu zákonnému zástupci, manželu nebo jiné osobě blízké, a to neprodleně, pokud to dotčená osoba nezakázala. Dále občanský zákoník ukládá zařízení poskytujícímu zdravotní péči povinnost oznámit soudu do 24 hodin od přijetí pacienta, že jde o pacienta hospitalizovaného bez souhlasu. Zákoník také ukládá, že soud musí rozhodnout do sedmi dnů o opatření. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit, aby se pacientovi dostalo bez zbytečných odkladů náležitého vysvětlení zákonného důvodu učiněného opatření, a musí pacienta informovat o možnostech právní ochrany a právu zvolit si důvěrníka. Vysvětlení musí být podáno tak, aby mu mohl dotčený člověk dostatečně porozumět. Pokud má dotčený člověk zákonného zástupce, opatrovníka nebo podpůrce, podá mu poskytovatel zdravotních služeb bez zbytečného odkladu informace o učiněných opatřeních. Zadržovaný pacient má právo projednávat osobní záležitosti se svým zástupcem, důvěrníkem nebo podpůrcem bez přítomnosti třetí osoby. Pacient držený ve zdravotnickém zařízení bez souhlasu pro neschopnost úsudku má právo, aby jeho zdravotní stav, dokumentaci nebo vyjádření lékaře přezkoumal jiný lékař,

nezávislý na poskytovateli zdravotních služeb v zařízení, ve kterém je pacient zadržen, i na jeho provozovateli.

### **Trestní zákoník**

Trestní zákoník stanovuje ochranná opatření a jejich ukládání. Vymezuje druhy ochranných opatření, a to ochranné léčení a zabezpečovací detenci.

Ochranné léčení může soud uložit, pokud pachatel trestného činu není pro nepřičetnost trestně odpovědný. Buďto jde o pachatele, který spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, nebo jde o pachatele, který zneužívá návykovou látku a spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Ochranné léčení může být ústavní a ambulantní. Ústavní léčení lze uložit na dva roky, ale lze ho opakovaně prodloužit.

Zabezpečovací detence je uložena pachateli trestného činu, který trpí duševní poruchou a v tomto stavu spáchal zločin, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení vedlo k dostatečné ochraně společnosti. Zabezpečovací detence je též uložena pachateli, který spáchal opětovně zločin pod vlivem návykové látky, byl již dříve odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dvě léta pro zločin spáchaný pod vlivem návykové látky a nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložením ochranného léčení dostatečné ochrany společnosti.

## **2.12. Souhlas s hospitalizací**

Souhlas s hospitalizací musí být dle zákona č. 372/2011 Sb. udělen pacientem vždy v písemné formě. Můžeme dále vycházet i ze zákona č. 404/2012 Sb., který předpokládá podmínku, že pokud pacient není schopen nebo ochoten podepsat informovaný souhlas do 24 hodin od přijetí do zdravotnického zařízení, musí být podáno hlášení soudu a zahájeno detenční řízení.

Pokud pacient není schopen podpisu, ale není zbaven svéprávnosti k udělení souhlasu s hospitalizací, neboť jeho vědomí není ovlivněno zdravotním stavem, můžeme jako platný projev vůle uznat i například slovní souhlas nebo kývnutí hlavy. V tomto případě je potřeba, aby přítomný svědek potvrdil, že pacient projevil souhlas s hospitalizací jiným způsobem než svým podpisem. Je třeba také popsat způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi vyjádřit svůj souhlas požadovaným způsobem (Policar, 2014).

## **2.13. Souhlas s poskytováním informací**

O tom, jestli pacient souhlasí, aby zdravotničtí pracovníci informovali další osoby o jeho zdravotním stavu, je třeba udělat zápis do zdravotnické dokumentace. Většinou je tento

souhlas součástí souhlasu s hospitalizací. Pacienta se ptáme, jestli si přeje, aby informace o jeho zdravotním stavu byly předávány vybraným třetím osobám, a jestli tyto osoby mají nárok nahlížet do zdravotnické dokumentace, případně z ní pořizovat výpisy a kopie. Je možné také stanovit, jaké osoby mají v případě, že tak pacient nebude moci učinit sám, právo rozhodovat o dalším poskytování péče za něj. Samozřejmě může pacient podávání informací veškerým třetím osobám zakázat a toto rozhodnutí může během hospitalizace jakkoliv měnit a upravovat. Tento souhlas s podáváním informací třetím osobám je třeba zaznamenat do zdravotnické dokumentace, protože lékaři i další zdravotničtí pracovníci mají dle platné právní úpravy povinnost zachovávat mlčenlivost. Tuto povinnost ukládá zákon č. 372/2011 Sb. v § 51 – Zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami. Tento zákon ukládá, že povinná mlčenlivost se vztahuje jak na poskytovatele zdravotních služeb, tak na zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky (dokonce i na zdravotnické pracovníky nebo jiné odborné pracovníky, kteří již nevykonávají svou profesi) a dále na osoby připravující se na povolání zdravotnického pracovníka i další osoby, např. členy akreditačních komisí atd. (Mach, 2013).

Kromě povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků nesmíme zapomínat na fakt, že jsou informace o zdravotním stavu podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, považovány za citlivé údaje a podle toho je potřeba s nimi nakládat (Mach, 2013).

### **Obecné nařízení o ochraně osobních údajů**

Nařízení Evropského parlamentu a Rady evropské unie (dále jen EU) 2016/677 ze dne 27. 4. 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Je účinné od 25. 5. 2018. Vztahuje se na všechny, kteří shromažďují nebo zpracovávají osobní údaje občanů EU. Pro pacienty přináší obecné nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen GDPR) rozšíření práv pacientů. Nově mezi osobní údaje patří i e-mail, IP adresa, a dále také biometrické a genetické údaje, jako jsou např. otisky prstů. Rodiče nově budou muset vyslovit souhlas se zpracováním osobních údajů u dětí mladších 16 let (Začíná platit GDPR, 2018).

Resort zdravotnictví má výjimku pro zpracování osobních údajů ve veřejném zájmu, je tedy možné zpracovávat zvláštní kategorie osobních údajů (citlivé osobní údaje), avšak pouze pro vymezený účel. Musí být zaručeny vhodné podmínky pro ochranu zpracovávaných osobních údajů (Těšitelová, Policar, Dušek, 2018).

V dnešní moderní, uspěchané době musíme vyřešit i otázku poskytování informací o zdravotním stavu pacientů telefonicky. Při sdělování informací ústně může zdravotnický pracovník požadovat po osobě, která chce získat informace o zdravotním stavu pacienta, aby se prokázala občanským průkazem nebo jiným dokladem ověřujícím totožnost dané osoby. V případě sdělování informací telefonicky však tato možnost není, proto je třeba,

aby měl pacient ve zdravotnické dokumentaci zaznamenán kód pro telefonickou komunikaci. Tento kód může být jak číselný, tak ve formě jakéhosi hesla. Samozřejmě tato možnost není zcela ideální, jelikož tento kód nebo heslo může získat i nepověřená osoba, například vyslechnutím cizího telefonátu. Může nastat i taková situace, kdy nelze heslo nebo kód od pacienta získat. Je to však určitá ochrana zdravotnických pracovníků, že dělali vše pro to, aby se citlivé informace o zdravotním stavu pacienta nedostaly do nepovolaných rukou (Těšínová, Žďárek, Polícar, 2011).

V případě, že pacient nemohl určit, kterým osobám se informace o jeho zdravotním stavu mohou nebo nemohou podávat, postupuje se podle zákona č. 372/2011 Sb., § 33 a informace se poskytne osobám blízkým. Za osobu blízkou lze podle nového občanského zákoníku považovat příbuzného v řadě přímé, sourozence a manžela nebo partnera, a jiné osoby v poměru rodinném. Osoby blízké jsou i osoby, které spolu trvale žijí (Zákon č. 89/2012, § 22).

### **Prolomení mlčenlivosti**

Zdravotničtí pracovníci při výkonu svého povolání musí dodržovat povinnost mlčenlivosti. Tato povinnost se vztahuje na veškeré informace, které se dozví při výkonu svého povolání. Povinnost zachovávat mlčenlivost se vztahuje dokonce i na osoby, které již ve zdravotnictví nepracují, a dále také na osoby, které se teprve připravují na výkon svého povolání (Mach, 2013).

Tato povinnost se dá vyvodit ze zákona o zdravotních službách a také bývá zřetelně uvedena v náplních práce zdravotnických pracovníků. Dále můžeme povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků, a vlastně i zdravotnických zařízení vyvodit ze zákona na ochranu osobních údajů a také z Úmluvy o lidských právech a biomedicině (Mach, 2013).

Zdravotničtí pracovníci jsou zproštěni povinné mlčenlivosti v případě, že k tomu pacient udělil souhlas. Pacienti mají právo stanovit si osoby, které mohou být informovány o jejich zdravotním stavu. V případě, že pacient nestanovil žádné osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, je poskytovatel zdravotních služeb podle zákona oprávněn poskytnout osobám pacientovi blízkým, které o něj budou pečovat, informace, které jsou nezbytné pro poskytnutí této péče nebo informace pro ochranu jejich zdraví (Zákon č. 372/2011 Sb., § 33).

Dále mohou zdravotničtí pracovníci používat informace, které se dozvěděli o pacientovi v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb v případě, že by například došlo k soudnímu sporu a bylo by třeba, aby se zdravotnický pracovník zjištěnými skutečnostmi mohl bránit a chránit svá vlastní práva. Prolomení mlčenlivosti je možné dále v případě, že informace jsou poskytovány pro potřeby trestního řízení. V tomto případě je ale zapotřebí, aby byly informace předány po soudním nařízení. Další situací, kdy k prolomení

povinné mlčenlivosti musí dojít, je oznámení trestného činu nebo podezření na spáchání trestného činu, tzv. oznamovací povinnost. Pokud by zdravotnický pracovník tyto skutečnosti neoznámil, sám by se mohl vystavit trestnímu stíhání (Mach, 2013). K prolomení povinné mlčenlivosti dochází zejména při podezření z týrání svěřené osoby, podezření na sexuální zneužívání mladistvých, ale také v případech pitvy nebo prohlídky těla zemřelého, při nichž dojde k podezření na spáchání trestného činu. Oznamovací povinnost má také zdravotnický pracovník rovněž v případech sebevraždy a ohledání těla zemřelého bez zjištěné totožnosti (Zákon č. 372/2011 Sb., § 51).

## **2.14. Informování osob při poskytnutí péče bez souhlasu, zástupný souhlas**

Při poskytování zdravotní péče mohou nastat okamžiky, kdy pacient nebude schopen vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nebo nebude moci dát další pokyny, co se v určitých situacích týkajících se jeho zdravotního stavu má, nebo naopak nemá dále dělat. Pokud se jedná o neodkladné, život zachraňující výkony, lze samozřejmě zdravotní péči poskytnout i bez souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce. V některých případech je však nutné pomýšlet i na to, kam směřovat péči o pacienta dále. Jednou z možných variant jak postupovat v případě, že pacient není ve stavu, kdy by o sobě mohl rozhodovat, je institut dříve vyslovených přání. Dříve vyslovená přání se však vztahují pouze k některým, většinou již předpokládaným situacím. Je nutné mít tyto pokyny písemně sepsány a úředně ověřeny notářem. Součástí dříve vysloveného přání musí být i písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích takového rozhodnutí. Dříve vyslovená přání nebudou respektována, pokud by od doby sepsání došlo k takovému rozvoji v oboru, že by bylo možné předpokládat, že by pacient souhlas se zákrokem udělil. Dále nebudou respektována taková dříve vyslovená přání, která by vedla ke způsobení aktivní smrti, nebo ta, jejichž splnění by mohlo ohrozit třetí osobu (Polícar, 2014).

Legislativně je možnost dříve vyslovených přání zakotvena od 1. 4. 2012 v zákoně č. 372/2011 Sb. Nově je v tomto zákoně zrušena i doba platnosti takového prohlášení, jež byla v původním znění pět let (Haškovcová, 2015).

Druhou možností, jak postupovat, je získání zástupného souhlasu. Při příjmu pacienta k hospitalizaci má pacient právo určit osobu, která v případě, že pacient nebude schopen udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, může rozhodovat za něj. Pokud pacient neurčí zástupnou osobu, je třeba, aby zdravotníci vyhledali osoby, které mohou udělit zástupný souhlas podle zákona. Zákon č. 372/2011 Sb. určuje, že pokud není osoba určená pacientem nebo není dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela/manželky, registrovaného partnera/partnerky, není-li, tak rodiče, není-li, tak jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa, nebo osoby, která jeví o pacienta mimořádný zájem. Pokud lze určit osobu, která může udělit za pacienta zástupný souhlas, může tato osoba vyslovit také za pacienta také

zástupný nesouhlas nebo souhlas kdykoliv odvolat. Podle článku 6 odst. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně může pověřená osoba odvolat zástupný souhlas pouze tehdy, jestliže to v nejlepším zájmu pacienta (Konečná, 2015).

## **2.15. Nezletilí pacienti a pacienti zbavení svéprávnosti**

Při poskytování zdravotní péče nezletilým pacientům a pacientům s omezenou svéprávností musíme postupovat obzvláště citlivě, s ohledem na jejich potřeby a s respektem k jejich autonomii. To se samozřejmě týká i předávání informací a získávání informovaných souhlasů od těchto pacientů.

### **Nezletilí pacienti**

Ve spektru pacientů ošetřovaných ve zdravotnických zařízeních jsou běžně i dětské a nezletilé pacienti. Pokud je potřeba udělat dítěti jakýkoliv diagnostický či terapeutický výkon, je třeba ho o tom také informovat. Nelze na dítě pohlížet jako na nesvéprávnou bytost a informace předávat pouze rodičům. I dítě má právo na poskytnutí informovaného souhlasu. V rovině informovaného souhlasu a poskytování zdravotní péče v 21. století nelze děti a dospívající z rozhodování o svém zdraví vyřadit. U nezletilých pacientů jednáme samozřejmě poněkud odlišně než u dospělých. Jiné rozhodovací schopnosti má sedmileté dítě a jiné dospívající šestnáctiletý mladík. Je třeba říci, že podle občanského zákoníku nabývá člověk zletilosti dovršením 18. roku života. Před 18. rokem života rozhoduje v právních záležitostech za dítě rodič nebo opatrovník, který má hájit nejlepší zájmy dítěte. Informovaný souhlas bychom neměli posuzovat, obzvláště pak u nezletilých pacientů, pouze v právní rovině. Neméně důležitá je zde i rovina etická. Je nutné, aby se zdravotnický personál maximálně snažil o dosažení spolupráce s dítětem, jednal citlivě a podával přiměřené informace, aby je i dítě mohlo pochopit a aby se mohlo případně i rozhodnout o své léčbě. Z emocionálního a psychického hlediska je pro děti velmi důležité, aby mohly vyslovit svůj názor a alespoň částečně participovat na péči o své zdraví (Policar 2014; Konečná, 2015).

Na podporu práv dětí byla v roce 1989 OSN přijata Úmluva o právech dítěte, která v České republice nabyla platnosti roku 1993. Úmluva o právech dítěte mimo jiné udává, že dítě a rodič mají být také informováni o zdraví a výživě dětí, že děti mají mít právo vyslovit své vlastní názory, a především se také vyjadřovat k záležitostem, které se jich týkají, samozřejmě s ohledem na jejich vývoj (Heřmanová, 2012).

Další zákon, který podporuje myšlenku, že dítě, pokud je toho schopné, by mělo mít s ohledem na svoji fyzickou a psychickou vyspělost právo udělit se zamýšleným výkonem informovaný souhlas, je občanský zákoník. Zde je uvedeno, že souhlas by měl být udělen jak zákonným zástupcem, tak také nezletilým, jehož rozhodnutí by mělo být vždy zohledněno. Pokud by se jednalo o zásah do integrity nezletilého, který je starší 14 let



a zákrok si nepřeje, nelze tento zákrok provést ani se souhlasem rodičů nebo zákonného zástupce, musí se počkat na rozhodnutí soudu. Tento postup lze uplatnit v případě, že se jedná o zákrok, který není bezprostředně nutný, a že tedy nehrozí riziko z prodlení (Zákon č. 89/2012, § 95, § 100).

Pokud jde o neodkladnou a akutní péči o nezletilé pacienty, lékař nebo zdravotnický pracovník ji poskytne vždy i bez souhlasu rodičů, zákonného zástupce i nezletilého, a to i v případě, že by rodič nebo zákonný zástupce vyslovil nesouhlas s poskytnutím této péče.

Takové případy asi nejčastěji řeší lékaři při nutnosti podání transfuzních přípravků dětem, jejichž rodiče odmítají z náboženských důvodů podání transfuze dovolit. Z nálezu Ústavního soudu České republiky ze dne 20. 8. 2004, spisov. značky III. ÚS 459/03 lze vyvodit, že: *„Ochrana zdraví a života dítěte je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv, když jde o hodnotu, jejíž ochrana je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní. Nelze připustit, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte.“* (Ptáček et al., 2017). V těchto případech je třeba, aby lékař hájil nejlepší zájem dítěte, i když je zcela v rozporu s názorem rodičů.

### **Pacienti zbavení svéprávnosti**

U pacientů s omezenou svéprávností nebo u pacientů zbavených svéprávnosti se v případě informovaného souhlasu a poskytování zdravotních služeb postupuje podobně jako u nezletilých pacientů, s tou výjimkou, že se nehledí na věk pacienta.

Právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi. Pacient by měl být samozřejmě informován také, a to přiměřeným způsobem a v rozsahu, ve kterém je schopen předávané informace pochopit. Měl by také být brán zřetel na jeho přání. Stejně jako u dětí musíme zvážit schopnost porozumění a schopnost volby takového pacienta a nesmíme zapomínat na jeho přání. V případě poskytnutí neodkladné a akutní péče není souhlas pacienta ani jeho zákonného zástupce či opatrovníka nutný.

V případě, že by pacientův zákonný zástupce či opatrovník odmítl udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, musí lékař v případě potřeby neodkladné a akutní péče tuto zdravotní péči poskytnout a nesmí brát zřetel na nesouhlas zákonného zástupce pacienta nebo jeho opatrovníka, protože musí hájit nejlepší zájem pacienta. V případě péče, která není bezprostředně nutná a u níž nehrozí nebezpečí z prodlení, musí rozhodnout soud a sám zdravotnický pracovník by měl dát podnět k zahájení soudního řízení (Ptáček et al., 2017).

Pokud se jedná o pacienta s pouze s částečně omezenou svéprávností, toto omezení se netýká rozhodování o léčení a přijímání zdravotních služeb a nejsou zákonné důvody

pro poskytnutí zdravotní péče bez souhlasu pacienta, má právo rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb pacient sám a jeho zákonný zástupce nebo opatrovník nemá právo za něj podepisovat žádné informované souhlasy (Černá Pařízková, Polícar, Mach, 2015).

## 3. Použité metody

### 3.1. Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zhodnotit, jestli proces získávání informovaných souhlasů od pacientů v nemocnicích je z pohledu sester adekvátní, a také identifikovat problémy související s podepisováním informovaných souhlasů a zda jsou pacienti podle názoru zdravotních sester skutečně o zdravotních výkonech dostatečně informováni.

#### 3.1.1. Výzkumné otázky

Otázka č. 1: Domnívají se sestry, že byli pacienti před podepsáním informovaného souhlasu lékařem dostatečně ústně poučeni?

Otázka č. 2: Porozuměli pacienti z pohledu sester textu informovaného souhlasu?

Otázka č. 3: Kladli pacienti sestrám po podepsání informovaného souhlasu doplňující otázky?

Otázka č. 4: Domnívají se sestry, že mají pacienti při podepisování informovaného souhlasu při příjmu k hospitalizaci vhodné podmínky? (jako např. dostatek času, možnost poradit se s rodinou...)?

### 3.2. Metodika práce

Pro výzkumné šetření jsem použila kvantitativní typ výzkumu, který byl proveden technikou strukturovaného dotazníku. Jako metodu kvantitativního výzkumu jsem zvolila statistické šetření. „*Statistické šetření je metodou sběru informací pomocí výběru z populace, o které chceme informace získat.*“ (Hendl, Remr, 2017, s. 137)

### 3.3. Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v rámci jedné nemocnice. Předem byly vytipovány kliniky, které by mohly být do výzkumného šetření zařazeny. Oslovila jsem sekretariát náměstkyně pro ošetrovatelskou péči se žádostí o povolení k distribuci dotazníků v rámci nemocnice. Tuto žádost jsem vytvořila sama podle požadavků sekretariátu. Prvním krokem před schválením této žádosti bylo oslovení vrchních sester zamýšlených klinik ohledně distribuce dotazníků. Byly osloveny vrchní sestry celkem sedmi klinik. Tyto byly dotázány, jestli by s výzkumným šetřením na jejich pracovištích souhlasily, a byla jim předložena žádost o povolení k distribuci dotazníků na klinice a také dotazník. Všechny oslovené vrchní sestry s realizací výzkumného šetření souhlasily. Po předložení souhlasů vrchních sester s distribucí dotazníků na jednotlivých klinikách bylo náměstkyní

pro ošetrovatelskou péči vyhověno mé žádosti k distribuci dotazníků v rámci nemocnice. Přikládám jako přílohu č. 1.

Výzkumné šetření na jednotlivých klinikách probíhalo v období od 7/2018 do 9/2018. Dotazníky s obálkami jsem předala vrchním sestrám jednotlivých klinik, které předaly dotazníky sestrám na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP). Celkový počet distribuovaných dotazníků byl 123. Celková návratnost byla 107 dotazníků. Osm dotazníků bylo vyřazeno. Tři pro neúplné vyplnění pět pro vyplnění sestrami dětské JIP – jejich odpovědi nemohly být využity pro zpracování tohoto výzkumného šetření. Celkový počet dotazníků, které byly využity pro zpracování výzkumného šetření, je 99 dotazníků. Celkový počet respondentů (n) tedy činí  $99 = 100\%$  respondentů.

### **3.4. Struktura dotazníku**

Sběr dat byl realizován pomocí vlastního strukturovaného dotazníku. Otázky v dotazníku byly vytvořeny tak, aby pomocí nich bylo možné odpovědět na výzkumné otázky. Na začátek dotazníku byly zařazeny otázky demografické, zjišťující věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe a obor, v jakém respondent v nemocnici pracuje. V dotazníku jsem použila nejčastěji uzavřený typ otázek, pouze dvě otázky byly otevřené a vyžadovaly písemné vyjádření respondentů. Celkový počet otázek v dotazníku je 24.

Výslednému dotazníku, který byl předložen respondentům, předcházela návrh dotazníku, který jsem konzultovala se třemi kolegyněmi. Tímto „pilotním“ dotazníkem byly identifikovány některé špatně srozumitelné a nadbytečné otázky. Některé otázky byly naopak ještě doplněny. Následně jsem návrh dotazníku konzultovala se svojí vedoucí práce a dotazník byl ještě dále opraven a zkrácen do finální podoby. Dotazník předkládaný respondentům přikládám jako přílohu č. 2.

### **3.5. Etické aspekty výzkumu**

Před samotným výzkumným šetřením jsem se zamýšlela nad etickými aspekty mého výzkumu. Před zahájením výzkumného šetření jsem oslovila náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry jednotlivých klinik a seznámila je s tématem zamýšleného výzkumného šetření, s typem populace, který bych ráda při výzkumném šetření oslovila, a také s cílem výzkumného šetření. Od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči oslovené nemocnice jsem získala kromě souhlasu s distribucí dotazníků na jednotlivých klinikách také povolení k použití získaných informací z výzkumného šetření pro zpracování v rámci této diplomové práce a k prezentaci výsledků výzkumného šetření u státních závěrečných zkoušek.

V průvodním dopise k dotazníku jsem ubezpečila oslovené sestry, že dotazník je zcela anonymní a nemají uvádět ani své jméno, ani pracoviště. Součástí dotazníku nebyly žádné

otázky, podle kterých by se oslovení respondenti dali později dohledat. Ke každému dotazníku jsem také připojila obálku, do které mohli oslovení zdravotníci vyplněný dotazník vložit a kterou měli zalepit před předáním zpět vrchní sestře. Vyplnění dotazníku se zakládalo na dobrovolnosti oslovených.

Vyplněné dotazníky slouží pouze pro zpracování této diplomové práce. Nebudou již dále používány ani předávány dalším osobám.

### **3.6. Zpracování dat**

Data získaná v kvantitativním výzkumu pomocí dotazníkového šetření jsem zpracovala v programech Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

Pro zpracování získaných dat byla použita statistická analýza dat, která vychází z cíle výzkumu. Pomocí statistické analýzy dat jsem ověřovala asociace mezi vybranými položkovými odpověďmi dotazníku.

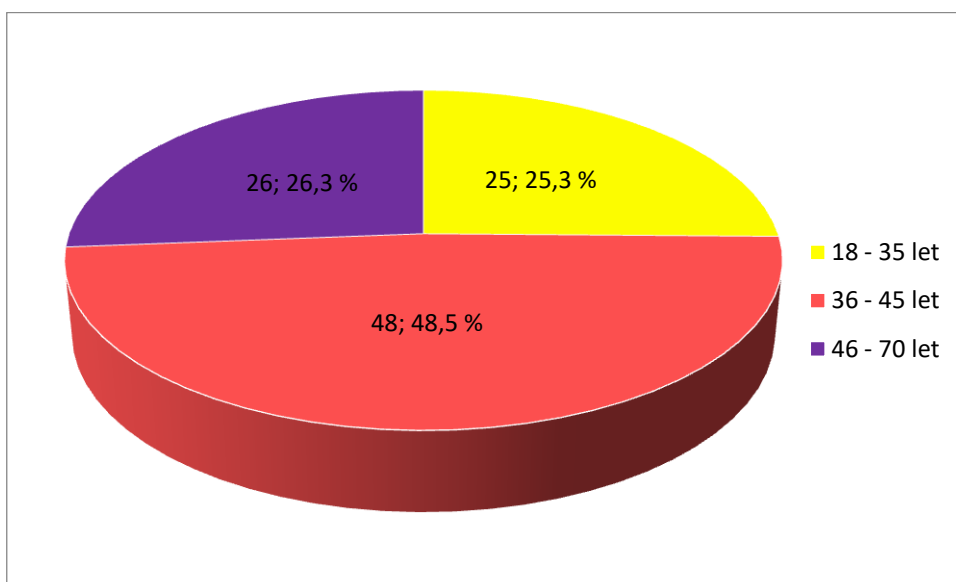
Vzhledem k tomu, že se jedná vesměs o kategoriální data, byl použit Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti pro příslušnou kontingenční tabulku. V případě signifikantního nálezu, je podrobnější analýza asociace založena na adjustovaných reziduálech (dále jen AR) pro účely detekce kombinačních kategorií, které se na této asociaci podílejí.

Pro statistické rozhodování byla u všech testů zvolena 5% hladina významnosti.

## 4. Výsledky

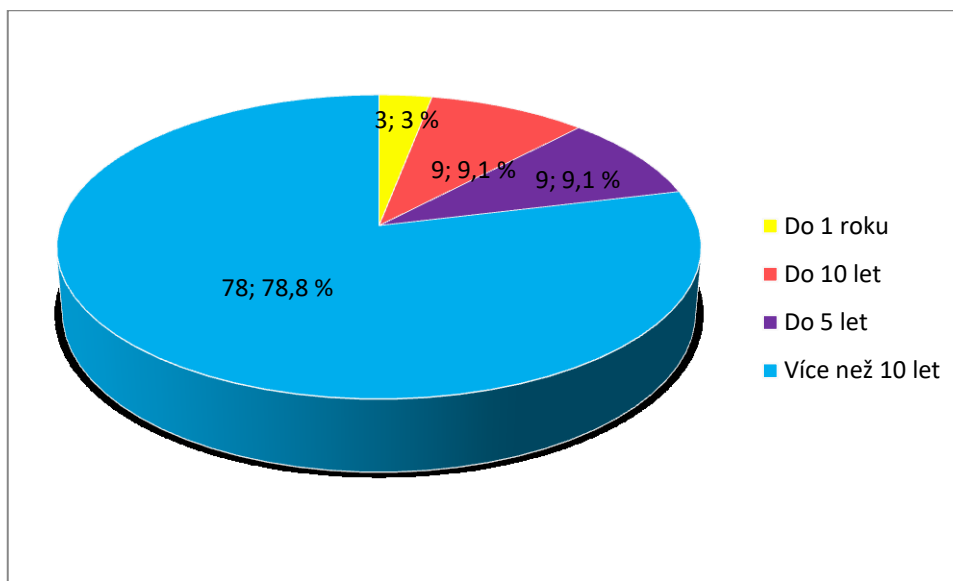
První graf zobrazuje věk respondentů v jednotlivých oborech. První číslo zobrazuje počet respondentů a druhé číslo relativní četnost v procentech. Nejpočetněji zastoupená je skupina respondentů ve věku 36–45 let, celkem 48 respondentů (48,5 %).

*Graf č. 1: Věk respondentů v jednotlivých oborech*



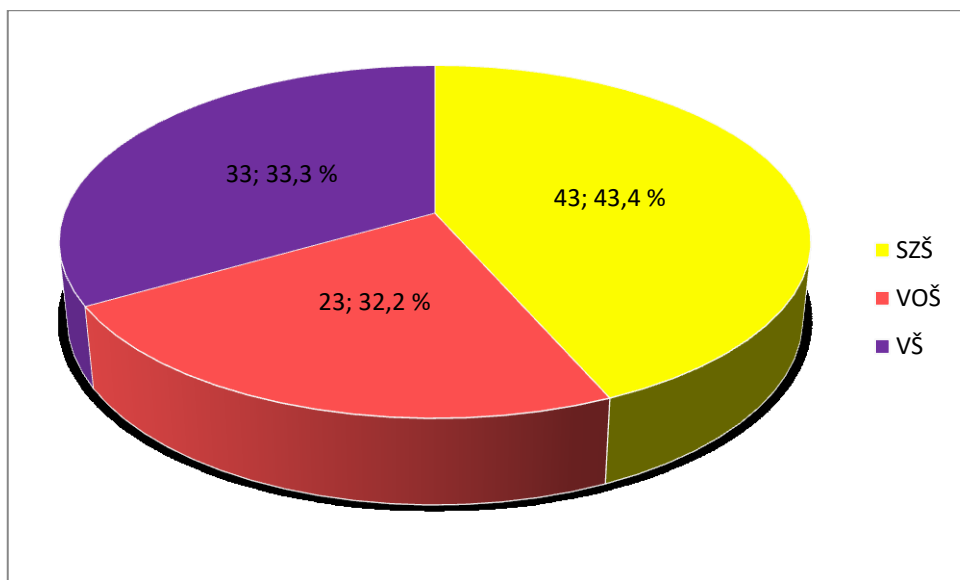
Druhý graf zobrazuje délku praxe respondentů v jednotlivých oborech. Můžeme pozorovat, že nejpočetněji je zastoupena skupina respondentů spadající do kategorie „délka praxe delší než 10 let“, a to v interních oborech celkem 73,5 % tedy 36 respondentů, a v chirurgických oborech 84 %, tedy 42 respondentů. Celkově je tato skupina zastoupena 78,8 % všech respondentů. Nejméně je zastoupena skupina respondentů s délkou praxe do jednoho roku, a to třemi respondenty (3 %).

*Graf č. 2: Délka praxe*



Poslední graf v této skupině zobrazuje dosažené vzdělání respondentů. Nejpočetněji je zastoupeno středoškolské vzdělání, a to celkově 43,4 % všech respondentů.

*Graf č. 3: Dosažené vzdělání*

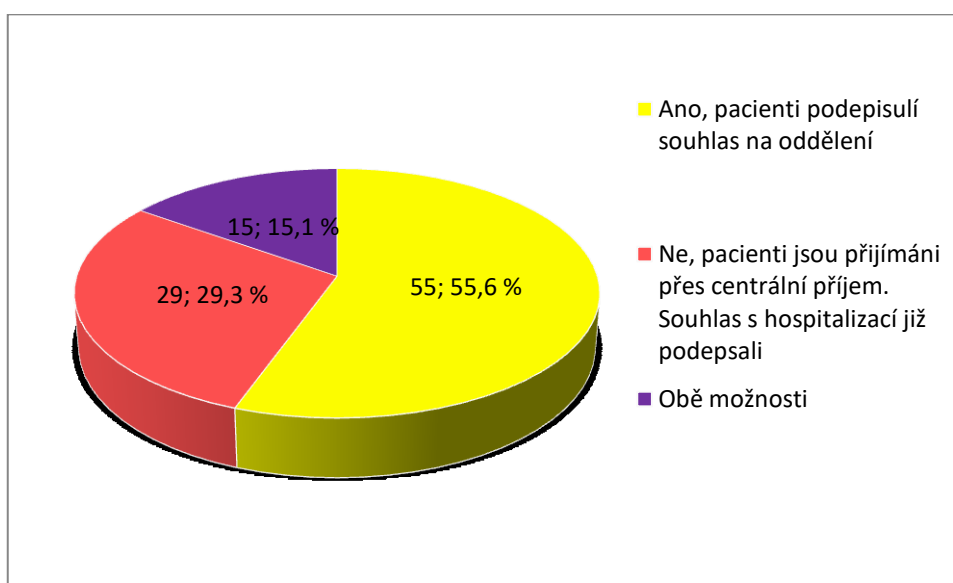




**Otázka č. 5: Podepisují na Vaší JIP pacienti při příjmu nebo do 24 hodin od něj souhlas s hospitalizací?**

Respondenti vybírali odpovědi z možností nabízených dotazníkem. Odpověď „ANO, PACIENTI PODEPISUJÍ SOUHLAS NA ODDĚLENÍ“ zvolilo celkem 55 všech dotázaných respondentů (55,6 %). Odpověď „NE, PACIENTI JSOU PŘIJÍMÁNI PŘES CENTRÁLNÍ PŘÍJEM. SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ JIŽ PODEPSALI“ zvolilo celkem 29 respondentů (29,3 %). Odpověď „JINÁ MOŽNOST“ zvolilo celkem 15 respondentů (15,1 %). V konkretizaci této odpovědi udávali respondenti shodně, že obě předchozí odpovědi jsou možné.

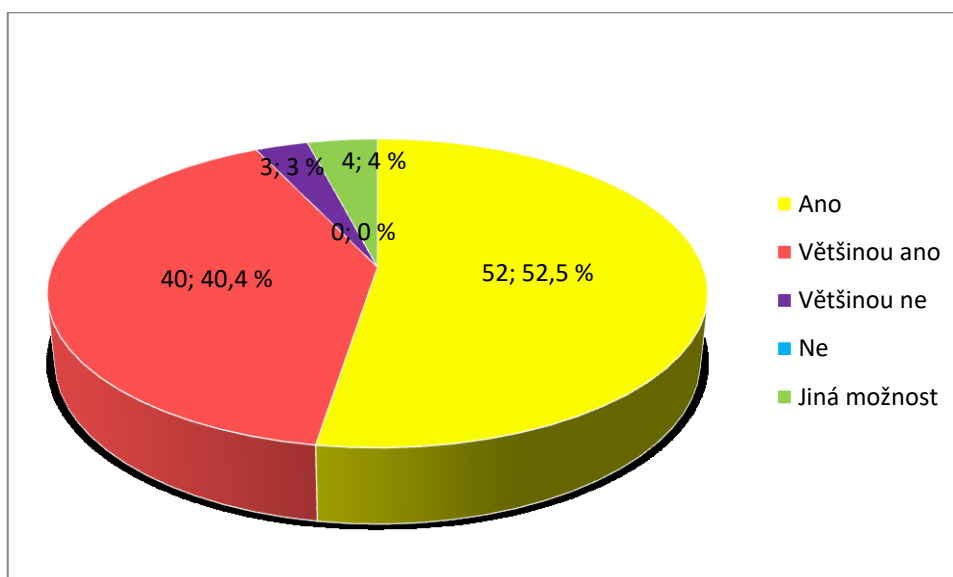
*Graf č. 4: Souhlas s hospitalizací*



**Otázka č. 6: Podepisují na Vaší JIP pacienti do 48 h. od příjmu informované souhlasy? (souhlas s invazivním výkonem, souhlas s anestezií, souhlas se zavedením CŽK atd.)**

Na následující otázku odpovídali respondenti dle zkušeností ze svých oddělení. Nejčastější odpověď byla „ANO“, kterou zvolilo 52 dotázaných (52,5 %), a odpověď „VĚTŠINOU ANO“, kterou vybralo 40 dotázaných (40,4 %). Odpověď „NE“ ne zvolil nikdo. Čtyři respondenti uvedli možnost „JINÁ“. V rámci této možnosti potom uváděli: „Dle stavu pacienta – detence“, „Dle stavu pacienta a prováděných výkonů“, „Informovaný souhlas s výkonem pacienti většinou podepisují den před výkonem nebo v den výkonu. Menší výkony (punkce) podepisují v den výkonu.“

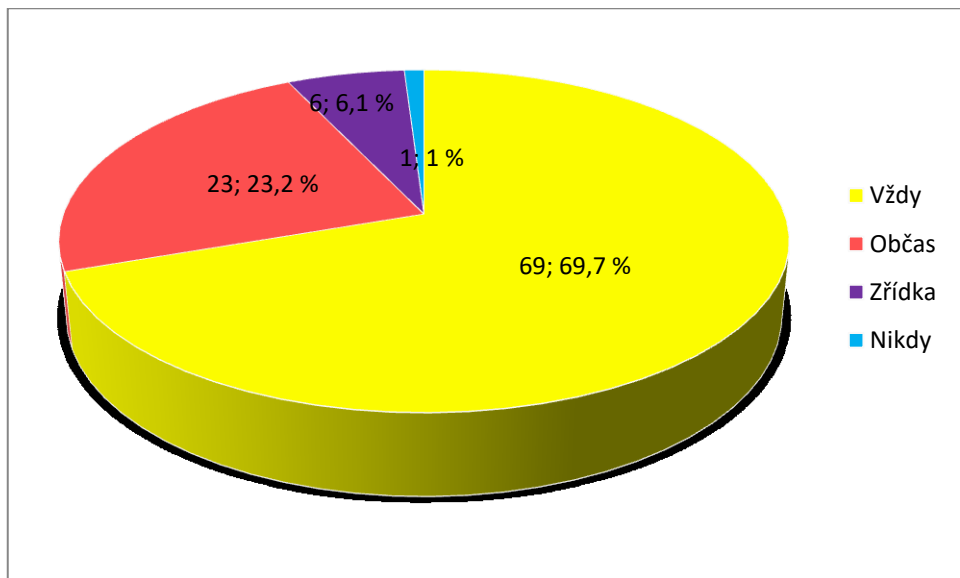
*Graf č. 5: Souhlasy do 48 h. od příjmu k hospitalizaci*



**Otázka č. 7: Informuje na Vašem oddělení pacienta před podepsáním informovaného souhlasu lékař?**

Respondenti označili nejčastěji odpověď „VŽDY“, a to celkem v 69 případech (69,7 %) všech dotázaných. Odpověď „OBČAS“ zvolilo 23 respondentů (23,2 %). Odpověď „ZŘÍDKA“ vybralo 6 respondentů (6,1 %). Odpověď „NIKDY“ vybral 1 respondent (1 %).

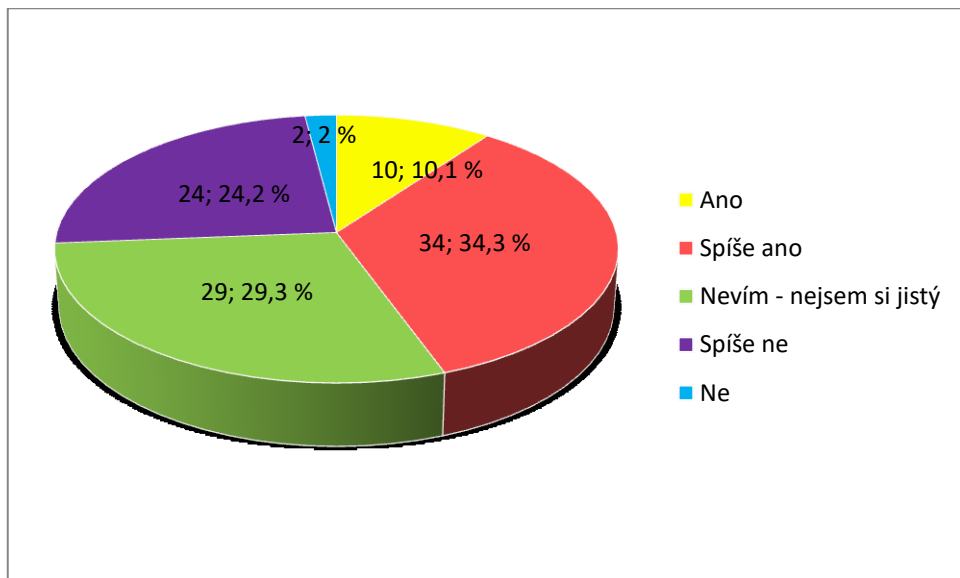
*Graf č. 6: Informování pacienta lékařem*



**Otázka č. 8: Vyhradí si lékař, podle Vašeho názoru, na informování pacienta dostatek času?**

V tomto grafu můžeme pozorovat poměrně zajímavé odpovědi respondentů. Odpověď „ANO“ zvolilo „pouze“ 10 respondentů (10,1%), oproti tomu odpověď „NEVÍM, NEJSEM SI JISTÝ“ zvolilo celkem 29 respondentů (29,3%). Další odpovědi můžeme vyčíst z grafu.

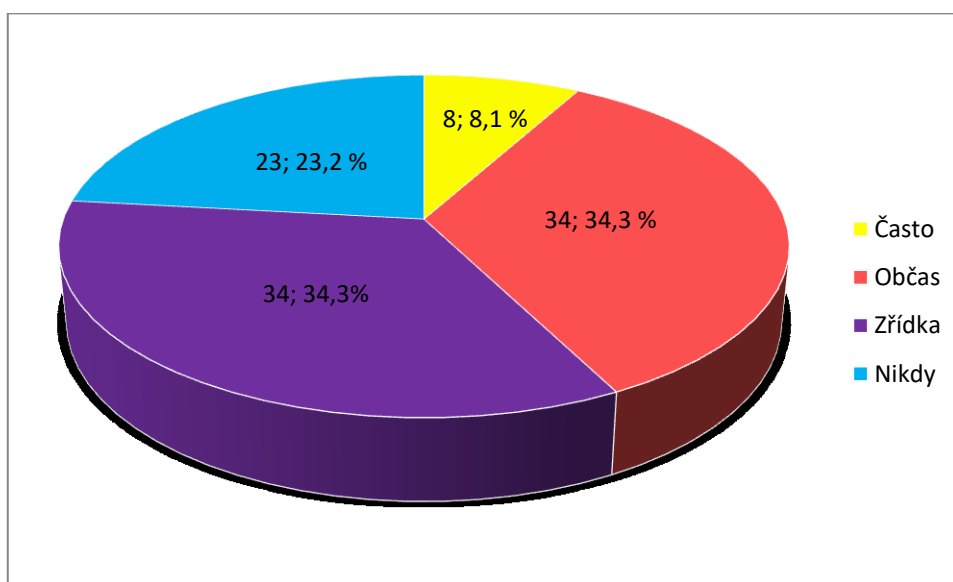
*Graf č. 7: Dostatek času pro podání informací*



**Otázka č. 9: Stává se na Vašem oddělení, že pacienta informuje o výkonu místo lékaře sestra?**

Respondenti vybírali jednu z nabízených možností. Odpověď „ČASTO“ vybrali respondenti v obou oborech shodně čtyřikrát. Dále se již odpovědi rozcházejí. Odpověď „OBČAS“ zvolilo z interních oborů 20 respondentů, z chirurgických oborů 14 respondentů, celkem 34 respondentů (34,3 %). Odpověď „ZŘÍDKA“ použilo v interních oborech 21 respondentů, v chirurgických oborech 13 respondentů, celkem také 34 respondentů (34,3 %). Největší rozdíl v odpovědích mezi obory je u nabízené odpovědi „NIKDY“, kterou v interních oborech zvolili „pouze“ čtyři respondenti, na rozdíl od chirurgických oborů, kde tuto odpověď zvolilo 19 respondentů, celkem 23 respondentů (23,2 %).

*Graf č. 8: Informování pacientů sestrou místo lékaře*



V sekundární analýze asociace jsem zkoumala vztah otázky č. 7 a otázky č. 9. Odpovědi u otázky č. 7 „ZŘÍDKA“ a „NIKDY“ a odpovědi „ČASTO“ a „OBČAS“ u otázky č. 9 musely být sdruženy pro jejich nízkou četnost.

Hodnota  $\chi^2$  testu je:  $\chi^2 = 18,1$ ;  $p < 0,001$ , to znamená signifikantní nález asociace. Potvrzujeme tedy závislost mezi tím, zda pacienta před podepsáním informovaného souhlasu informuje lékař, a situací, že pacienta informuje místo lékaře sestra. Ze získaných dat a podrobnější analýzy lze usuzovat na to, že sestry více odpovídaly, že pacienta před podepsáním informovaného souhlasu informuje lékař a ne sestra. Sestry, které na otázku č. 7 odpovídaly „VŽDY“, zvolily v otázce č. 9 ve 30 případech (43,5 %) odpověď „ZŘÍDKA“. Hodnota adjustovaného reziduálu = 2,9;  $p < 0,01$ .

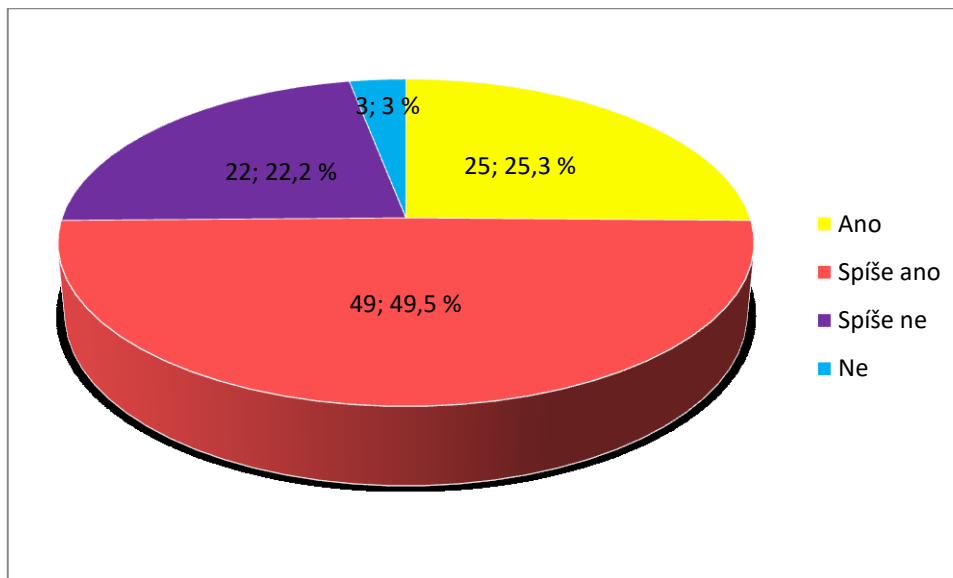
Tabulka č. 1: Sekundární analýza otázky č. 7 a otázky č. 9

	Stává se na Vašem oddělení, že pacienta informuje o výkonu místo lékaře sestra?				Celkem
		Často	Zřídka	Nikdy	
Informuje na Vašem oddělení pacienta před podepsáním informovaného souhlasu lékař?			30		
	Vždy	20 29 %	43,5 % AR=2,9	19 27,5 %	69 100 %
	Občas	16 69,6 %	3 13 %	4 17,4 %	23 100 %
	Nikdy	6 85,7 %	1 14,3 %	0 0 %	7 100 %
Celkem		42 42,4 %	34 34,3 %	23 23,2 %	99 100 %

**Otázka č. 10: Myslíte si, že je ústní poučení lékařů před podepsáním informovaných souhlasů pro pacienty dostatečné?**

Respondenti vybírali z nabízených možností. Odpověď „ANO“ zvolilo celkem 25 všech respondentů (25,3 %), odpověď „SPÍŠE ANO“ zvolilo 49 respondentů (49,5 %), odpověď „SPÍŠE NE“ vybralo 22 respondentů (22,2 %) a odpověď „NE“ označili tři respondenti (3 %). Jak odpovídali respondenti podle oborů je patrné z tabulky č. 2.

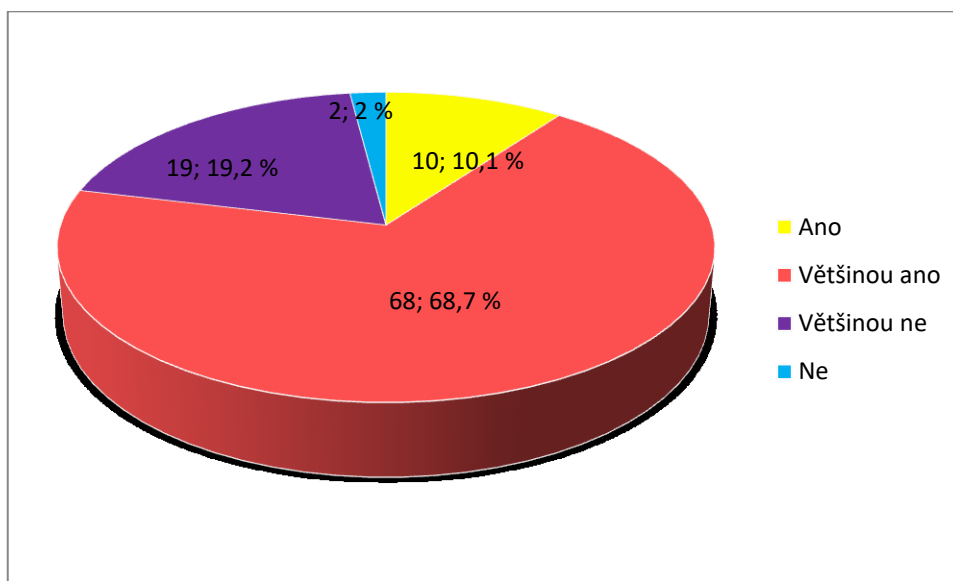
*Graf č. 9: Je poučení lékařů pro pacienty dostatečné?*



**Otázka č. 11: Myslíte si, že pacienti ústnímu poučení lékaře před podepsáním informovaného souhlasu dostatečně porozuměli?**

Respondenti z chirurgických i interních oborů shodně označili odpověď „ANO“ v pěti případech, což činí celkem 10,1 %. Odpověď „VĚTŠINOU ANO“ zvolilo v interních oborech 32 respondentů a v chirurgických oborech 36 respondentů, celkem 68,7 %. Odpověď „VĚTŠINOU NE“ zvolilo v interních oborech 11 respondentů, v chirurgických oborech 8 respondentů, celkem 19,2 %. Odpověď „NE“ zvolil v interních i chirurgických oborech 1 respondent, celkem 2 %.

*Graf č. 10: Dostatečné porozumění ústnímu poučení lékaře*





V sekundární analýze asociace jsem zkoumala vztah otázky č. 10 a otázky č. 11. Odpovědi u otázky č. 10 „SPÍŠE NE“ a „NE“ a odpovědi u otázky č. 11 „ANO“ a „VĚTŠINOU ANO“ i odpovědi „VĚTŠINOU NE“ a „NE“ musely být pro jejich nízkou četnost sdruženy.

Hodnota  $\chi^2$  testu je:  $\chi^2 = 44,5$ ;  $p < 0,001$ , to znamená signifikantní nález asociace. Potvrzujeme tedy závislost mezi těmito otázkami. Sestry, které na otázku č. 10 odpověděly „SPÍŠE ANO“, odpověděly ve 45 případech (91,8 %) na otázku č. 11 „ANO“. Hodnota adjustovaného reziduálu = 3,1;  $p < 0,01$ .

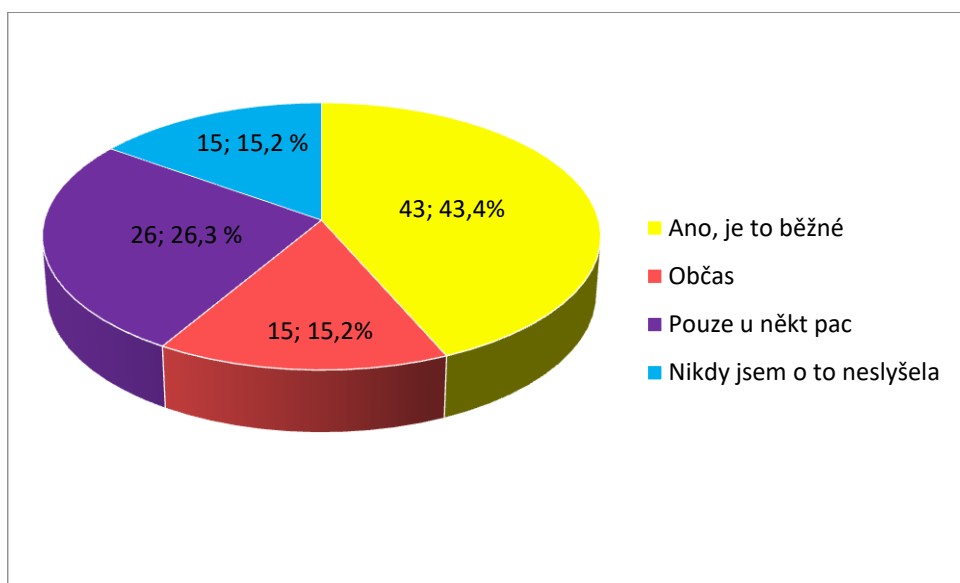
Tabulka č. 2: Sekundární analýza otázky č. 10 a otázky č. 11

	Myslíte si, že pacienti ústnímu poučení lékaře před podepsáním informovaného souhlasu dostatečně porozuměli?			
		Ano	Ne	Celkem
Myslíte si, že je ústní poučení lékařů před podepsáním informovaných souhlasů pro pacienty dostatečné?		25 100 %	0 0 %	25 100 %
	Ano	25 100 %	0 0 %	25 100 %
	Spíše ano	45 91,8 % AR = 3,1	4 8,2 %	49 100 %
	Ne	8 32 %	17 68 %	25 100 %
Celkem		78 78,8 %	21 21,2 %	99 100 %

**Otázka č. 12: Myslíte si, že lékaři respektují případná přání pacientů týkající se jejich léčby? (tzv. living will, např. nepodávat krevní deriváty, neresuscitovat...)**

Respondenti nejčastěji zvolili odpověď „ANO, JE TO BĚŽNÉ“. Tuto možnost zvolilo 43 všech dotázaných respondentů. Odpověď „OBČAS“ zvolilo 15 respondentů, odpověď „POUZE U NĚKTERÝCH PACIENTŮ“ vybralo 26 respondentů a odpověď „NIKDY JSEM O TOM NESLYŠEL/A“ vybralo 15 respondentů. Odpovědi i s procentuálními četnostmi jsou zobrazeny v grafu č. 11.

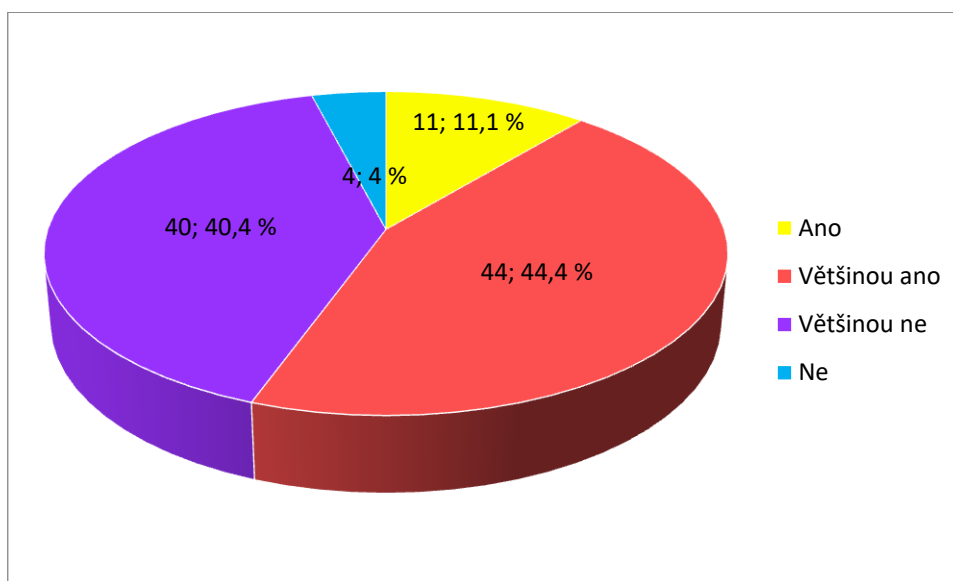
*Graf č. 11: Respektování přání pacienta*



**Otázka č. 13: Čtou pacienti před vlastním podepsáním informovaného souhlasu předložené dokumenty?**

V této otázce volili respondenti nejčastěji odpověď „VĚTŠINOU ANO“. Celkem tuto možnost zvolilo 44 respondentů. Tato možnost byla zvolena v obou oslovených oborech stejným počtem zástupců. Odpověď „ANO“ zvolilo 11 respondentů. Odpověď „VĚTŠINOU NE“ vybralo 40 respondentů a odpověď „NE“ vybrali čtyři respondenti. Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 12.

*Graf č. 12: Čtení informovaných souhlasů*



Otázku č. 11 jsem podrobila sekundární analýze asociace s otázkou č. 13. Odpovědi u otázky č. 10 „SPÍŠE NE“ a „NE“ a odpovědi u otázky č. 13 „SPÍŠE NE“ a „NE“ musely být pro jejich nízkou četnost sdruženy.

Výsledek  $\chi^2$  testu je:  $\chi^2 = 11,6$ ;  $p = 0,003$ , to znamená signifikantní nález asociace.

Sestry, které na otázku č. 11 odpovídaly „NE“, odpovídaly „NE“ i u otázky č. 13. Celkem takto odpovědělo 16 respondentů (76,2 %).

Hodnota adjustovaného reziduálu = 3,3;  $p < 0,01$ , detekuje kombinační kategorie, které se na této asociaci podílejí.

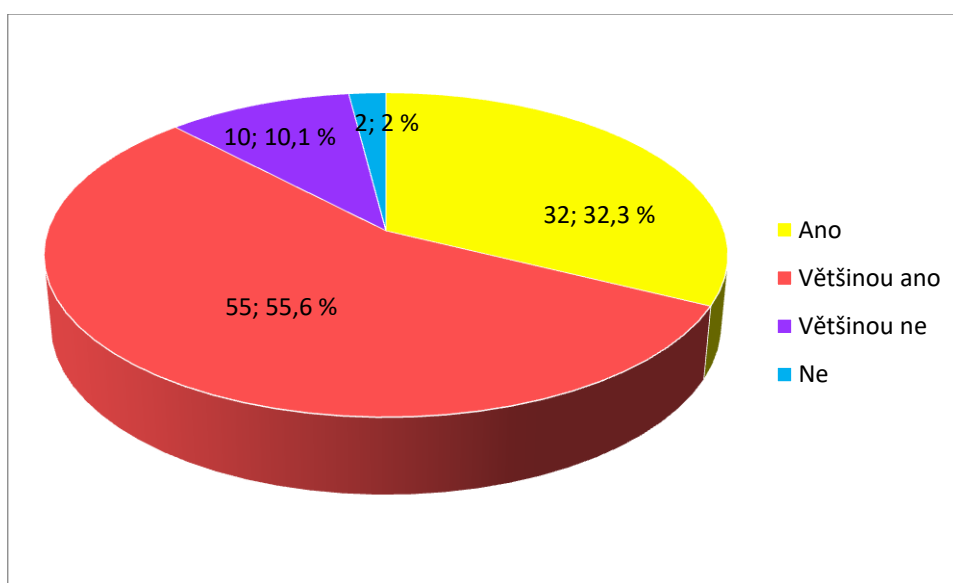
Tabulka č. 3: Sekundární analýza otázky č. 11 a otázky č. 13

	Čtou pacienti před vlastním podepsáním informovaného souhlasu předložené dokumenty?				Celkem
		Ano	Většinou ano	Ne	
Myslíte si, že pacienti ústnímu poučení lékaře před podepsáním informovaného souhlasu dostatečně porozuměli?	Ano	11	39	28	78
		14,1 %	50 %	35,9 %	100 %
	Ne	0	5	16	21
		0 %	23,8 %	76,2 % AR = 3,3	100 %
Celkem		11	44	44	99
		11,1 %	44,4 %	44,4 %	100 %

**Otázka č. 14: Myslíte si, že tištěné informované souhlasy jsou pro pacienty srozumitelné?**

Respondenti vybírali jednu z nabízených odpovědí. Nejčastěji označili možnost „VĚTŠINOU ANO“. Celkem šlo o 55 respondentů, z toho 26 respondentů z interních oborů a 29 respondentů z chirurgických oborů. Shodně volili respondenti obou oborů odpověď „VĚTŠINOU NE“. Z každého oboru se pro ni rozhodlo pět respondentů, celkově 10 respondentů. Odpověď „ANO“ zvolilo celkem 32 respondentů. Odpověď „NE“ zvolili dva respondenti z chirurgických oborů, z interních oborů tuto možnost nezvolil nikdo.

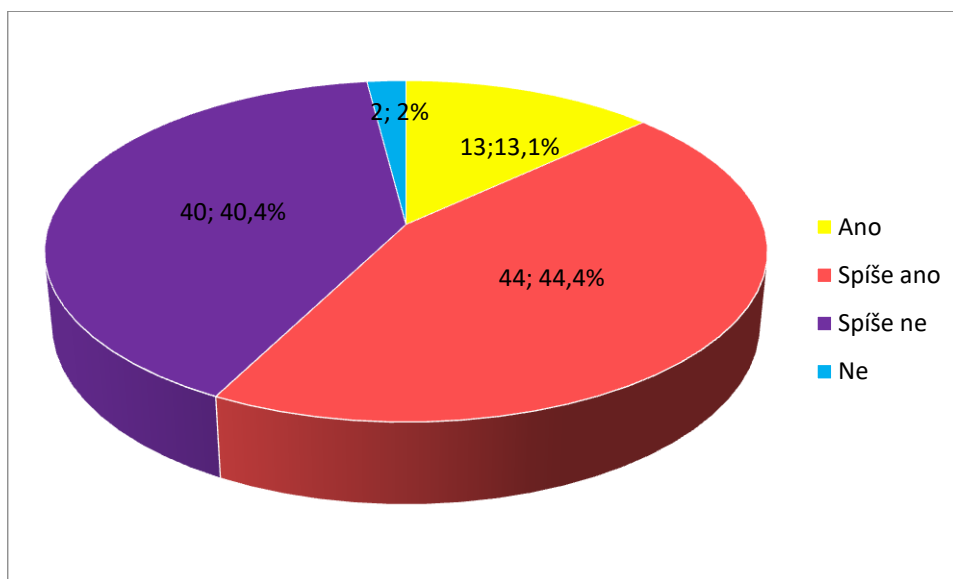
*Graf č. 13: Srozumitelnost tištěných informovaných souhlasů*



**Otázka č. 15: Myslíte si, že měli pacienti dostatek času klást lékařům doplňující otázky?**

Respondenti vybírali z tvrzení, které nejvíce vystihovalo jejich postoj k dané problematice. Nejčastější odpověď byla „SPÍŠE ANO“. Tuto odpověď vybralo 44 respondentů (44,4 %). Druhá nejvíce početná byla odpověď „SPÍŠE NE“, kterou zvolilo 40 respondentů (40,4 %). Dále následuje možnost „ANO“, tu zvolilo 13 respondentů (13,1 %). Nejméně často, pouze ve dvou případech (2 %), zvolili respondenti odpověď „NE“.

*Graf č. 14: Dostatek času pro doplňující otázky*

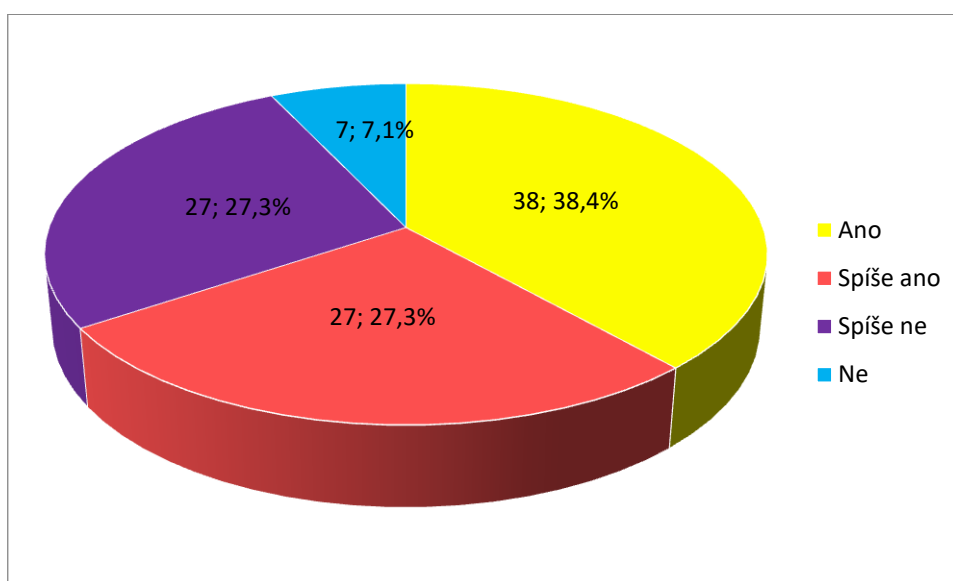


**Otázka č. 16: Ptají se Vás (sester) pacienti po podepsání informovaného souhlasu na doplňující otázky?**

Respondenti, kteří označili odpověď „ANO“ nebo „SPÍŠE ANO“, pokračovali v otázce č. 17. Ostatní respondenti přeskočili na otázku č. 18.

Respondenti vybírali z nabízených možností. Nejčastěji byla označena odpověď „ANO“, a to celkem 38 respondenty (38,4 %). Odpověď „SPÍŠE ANO“ označilo 27 respondentů (27,3 %), stejně jako odpověď „SPÍŠE NE“. Odpověď „NE“ zvolilo sedm respondentů (7,1 %).

*Graf č. 15: Ptají se pacienti sester na doplňující otázky?*



**Otázka č. 17: Pokud jste v předchozí odpovědi odpověděli „spíše ano“ nebo “ano“, doplňte prosím, proč si myslíte, že to tak je?**

Na tuto otázku odpovídalo celkem 65 respondentů. Na otázku odpovídali respondenti pomocí volné odpovědi. Odpovědi jsem roztrídila do šesti kategorií a pro přehlednost jsem je zařadila do následující tabulky.

*Tabulka č. 4: Názor sester na skutečnost, že se jich pacienti po podepsání informovaného souhlasu ptají na doplňující otázky*

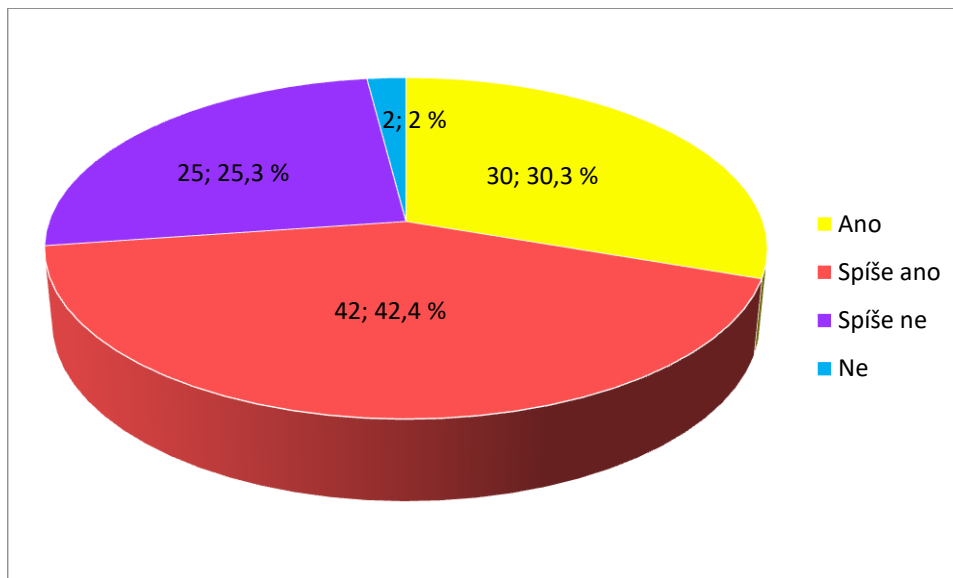
Pacienti mají bližší vztah se sestrou než s lékařem.	15	23,1 %
Lékař má málo času.	10	15,3 %
Pacienti nechtějí lékaře obtěžovat, stydí se.	12	18,5 %
Pacienti jsou ve stresu z hospitalizace, nevzpomněli si na otázku.	8	13,8 %
Otázky je napadly později.	11	12,3 %
Pacienti nerozuměli lékařům, lékaři používají příliš odborné termíny.	9	17 %



**Otázka č. 18: Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají vhodné podmínky k podepisování informovaného souhlasu?**

Na tuto otázku odpovědělo 30 respondentů „ANO“ (30,3 %). Odpověď „SPÍŠE ANO“ použilo 42 respondentů (42,4 %). Odpověď „SPÍŠE NE“ použilo 25 dotázaných (25,3 %) a odpověď „NE“ zvolili 2 účastníci výzkumu (2 %), shodně jeden zástupce z každého oboru.

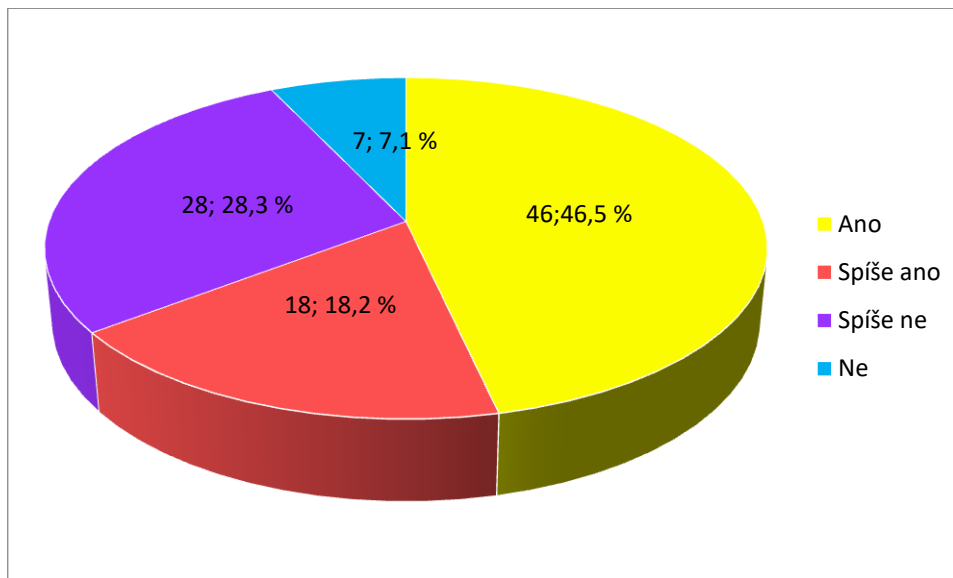
*Graf č. 16: Vhodné podmínky k podepisování informovaného souhlasu*



**Otázka č. 19: Stává se na Vašem oddělení, že by pacienti podepisovali informovaný souhlas v časové tísní před výkonem?**

Respondenti vybírali odpovědi na otázku z nabízených možností podle svých preferencí. Nejčtenější odpověď byla „ANO“, celkem tuto odpověď zvolilo 46 respondentů (46,5 %). Odpověď „SPÍŠE ANO“ vybralo 18 respondentů (18,2 %). Odpověď „SPÍŠE NE“ vybralo 28 respondentů (28,3 %) a odpověď „NE“ zvolilo 7 respondentů (7,1 %).

*Graf č. 17: Podepisování informovaných souhlasů v časové tísní*

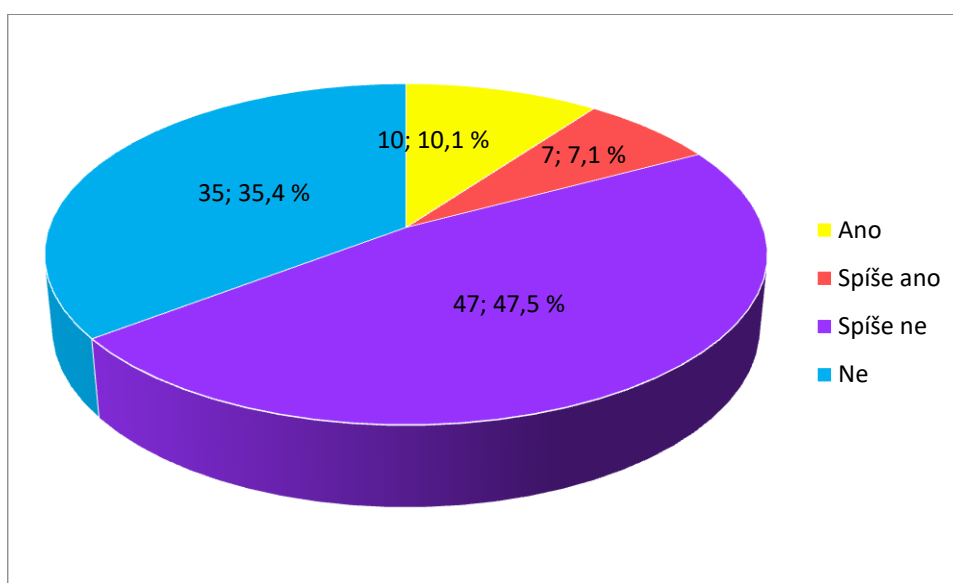


**Otázka č. 20: Stává se na Vašem oddělení, že by pacienti podepisovali informovaný souhlas zpětně (po výkonu)?**

Respondenti, kteří označili odpověď „ANO“ nebo „SPÍŠE ANO“, pokračovali v otázce č. 21. Ostatní respondenti přeskočili na otázku č. 22.

V odpovědi se respondenti vyjádřili „ANO“ v 10 případech (10,1 %). Odpověď „SPÍŠE ANO“ označili respondenti v 7 případech (7,1 %). Nejpočetnější skupinu tvořila odpověď „SPÍŠE NE“, tu zvolili respondenti ve 47 případech (47,5 %). Odpověď „NE“ zvolilo 35 respondentů (35,4 %).

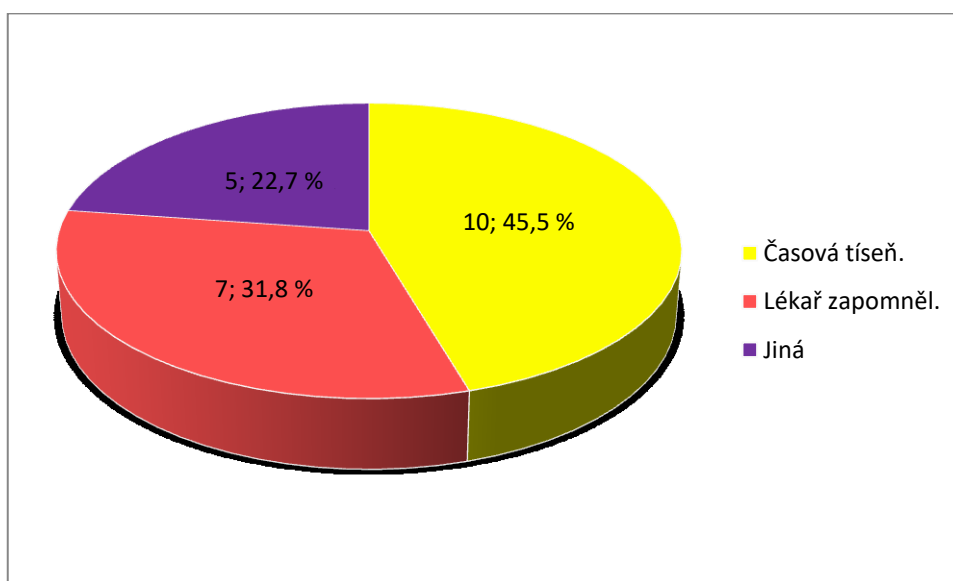
*Graf č. 18: Podepisování informovaného souhlasu zpětně (po výkonu)*



**Otázka č. 21: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „spíše ano“ nebo „ano“, proč si myslíte, že k této situaci dochází?**

Na tuto otázku mělo odpovídat podle instrukcí z dotazníku pouze 17 respondentů. Někteří respondenti ale měli potřebu vyjádřit se k této otázce, přestože se jich netýkala, a jejich odpovědi byly zohledněny. Nakonec odpovídalo celkem 22 respondentů. Respondenti si mohli vybrat z nabízených odpovědí, nebo použít možnost „JINÁ“ a doplnit svůj názor vlastními slovy. Tuto možnost využilo pět respondentů (22,7 %). Čtyři účastníci šetření uvedli shodně názor, že pacient může vyjádřit souhlas i jiným způsobem než pouze podpisem: „Pacient není schopen podpisu, souhlasí kývnutím hlavy“, „Pacient není schopen podpisu, souhlasí jiným způsobem.“ Jeden respondent zmínil možnost doplnění souhlasu později, po zákonné lhůtě 24 hodin, v níž musí pacient podepsat souhlas s hospitalizací: „Občas podepisují zpětně souhlas s hospitalizací, když jsou před tím v detenci.“ 10 respondentů zvolilo možnost „ČASOVÁ TÍSEŇ“ (45,5 %). 7 respondentů označilo možnost „LÉKAŘ ZAPOMNĚL“ (31,8 %).

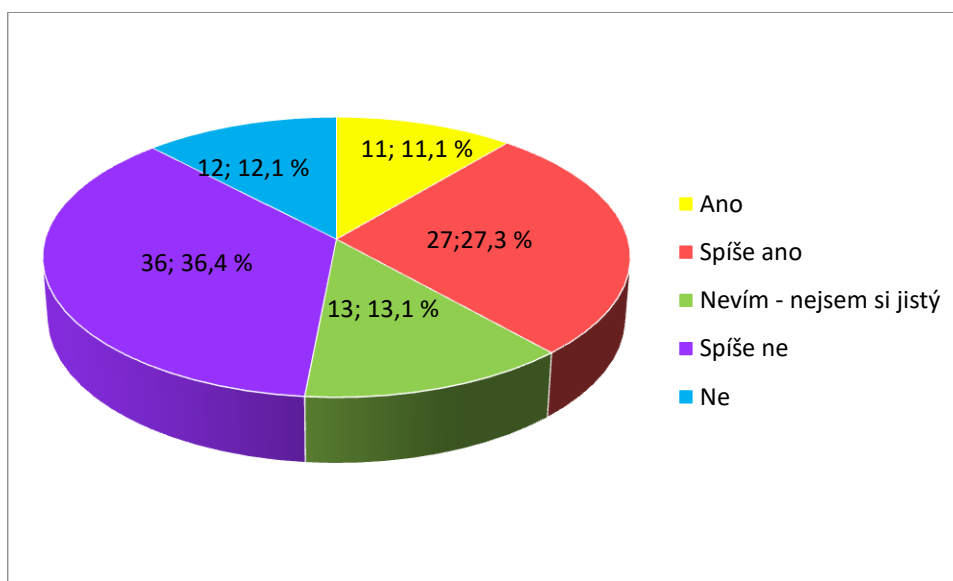
Graf č. 19: Zhodnocení otázky č. 20



**Otázka č. 22: Mají pacienti na Vašem oddělení před podepsáním informovaného souhlasu možnost poradit se s rodinou?**

Respondenti vybírali z navrhovaných možností podle svých zkušeností. Nejpočetněji je zastoupena odpověď „SPÍŠE NE“. Tuto možnost zvolilo 36 respondentů (36,4 %). Odpověď „ANO“, zvolilo 11 respondentů (11,1 %). Odpověď „SPÍŠE ANO“ vybralo 27 respondentů (27,3 %). Odpověď „NEVÍM – NEJSEM SI JISTÝ“ vybralo 13 respondentů (13,1 %) a odpověď „NE“ zvolilo 12 respondentů (12,1 %).

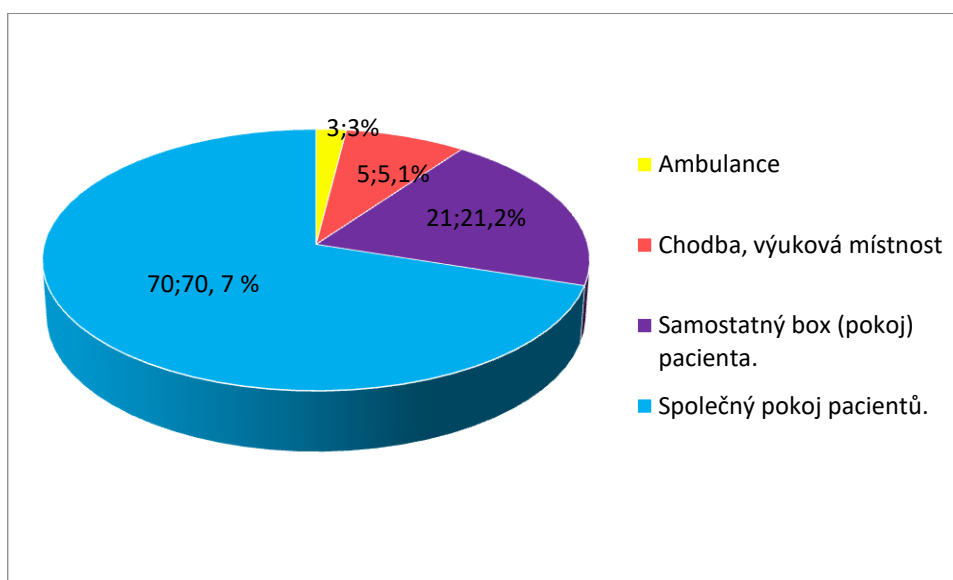
*Graf č. 20: Možnost poradit se s rodinou*



**Otázka č. 23: Na jakém místě jsou u Vás na oddělení nejčastěji předávány informace pacientům?**

Respondenti na tuto otázku mohli odpovídat podle jejich zkušeností. Bylo možné označit předdefinovanou odpověď, ale byla možnost i volné odpovědi – „JINÉ MÍSTO (*prosím vyplňte jaké*)“. Možnost volné odpovědi využilo osm respondentů. Z těchto osmi tři respondenti shodně odpověděli, že na jejich oddělení jsou pacientům předávány informace v ambulanci. Dalších pět respondentů odpovědělo, že předání informací pacientům probíhá na chodbě. Jeden respondent při tom specifikoval, že informace jsou podávány na chodbě nebo ve výukové místnosti. 21 respondentů zvolilo možnost, že informace jsou pacientům předávány na samostatném pokoji (boxu) pacienta. 70 respondentů zvolilo možnost „Společný pokoj pacientů“.

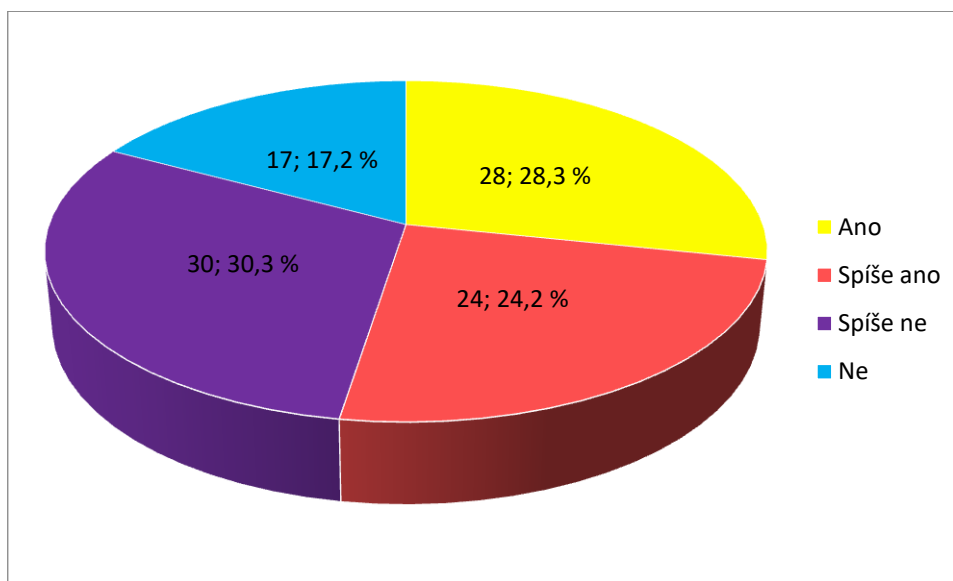
*Graf č. 21: Místo předání informací pacientům*



**Otázka č. 24: Myslíte si, že je toto místo pro předávání informací pacientům vhodné?**

Respondenti vyjadřovali svůj názor ohledně vhodnosti místa, na kterém jsou pacientům předávány informace. Nejčastější byla odpověď „SPÍŠE NE“, tuto odpověď zvolilo 30 respondentů (30,3 %). Odpověď „ANO“ zvolilo 28 respondentů (28,3 %). Odpověď „SPÍŠE ANO“, zvolilo 24 respondentů (24,2 %). Odpověď „NE“ zvolilo 17 respondentů (17,2 %).

*Graf č. 22: Vhodnost místa předání informací pacientům*



V sekundární analýze asociace jsem hledala vztah mezi otázkami č. 18 a č. 24.

Hodnota  $\chi^2$  testu je:  $\chi^2 = 17,8$ ;  $p = 0,007$ . To znamená, že byla prokázána statisticky významná závislost mezi těmito otázkami, signifikantní nález asociace. Z podrobnější analýzy asociace pomocí adjustovaných reziduálů můžeme v tabulce č. 5 detekovat kombinační kategorie dat, které se na této asociaci podílejí.

Tabulka č. 5: Sekundární analýza otázky č. 18 a otázky č. 24

	Myslíte si, že je toto místo pro předávání informací pacientům vhodné?					Celkem
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
<b>Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají vhodné podmínky k podepisování informovaného souhlasu?</b>	Ano	14 46,7 % 2,7	4 13,3 %	8 26,7 %	4 13,3 %	30 100,0 %
	Spíše ano	10 23,8 %	16 38,1 % 2,8	12 28,6 %	4 9,5 %	42 100,0 %
	Ne	4 14,8 %	4 14,8 %	10 37,0 %	9 33,3% 2,6	27 100,0 %
Celkem		28 28,3 %	24 24,2 %	30 30,3 %	17 17,2 %	99 100,0 %



V sekundární analýze asociace jsem hledala vztah mezi otázkou č. 23 a otázkou č. 24.

Hodnota  $\chi^2$  testu je:  $\chi^2 = 47,5$ ;  $p < 0,001$ , to znamená signifikantní nález asociace. Potvrzujeme tedy závislost mezi posuzovanými otázkami. V tabulce č. 6 můžeme vyčíst, že 15 sester (71,4 %) odpovědělo, že informace se pacientům podávají na samostatném boxu (pokoji) pacienta a tázání respondenti považují toto místo za vhodné. Dále pak můžeme ještě vidět v tabulce č. 10, že 27 respondentů (38,6 %) odpovědělo, že informace jsou pacientům předávány na společném pokoji pacientů a toto místo shledávají pro předávání informací pacientům jako spíše nevhodné.

Tabulka č. 6: Sekundární analýza otázky č. 23 a otázky č. 24

Na jakém místě jsou u Vás na oddělení nejčastěji předávány informace pacientům?	Myslíte si, že je toto místo pro předávání informací pacientům vhodné?					Celkem
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
	Ambulance	0 0 %	2 100 %	0 0 %	1 100 %	3 100 %
	Chodba, výuková místnost	1 100 %	1 100 %	2 66,7 %	1 33,3 %	5 100 %
	Samostatný box (pokoj) pacientů	15 71,4 % AR = 4,9	5 23,8 %	1 4,8 %	0 0 %	21 100 %
	Společný pokoj pacientů	12 % 17,1 %	16 22,9 %	27 38,6 % AR = 2,8	15 21,4 %	70 100 %
	Celkem	28 28,3 %	24 24,2 %	30 30,3 %	17 17,2 %	99 100 %

## 5. Diskuse

V této diplomové práci jsem se zaměřila na problematiku získávání informovaných souhlasů od pacientů přijímaných na jednotku intenzivní péče. Kvantitativní šetření bylo zaměřeno na pohled sester pracujících na jednotkách intenzivní péče k této problematice. Kvantitativní výzkum jsem použila z důvodu možnosti rozsáhlejšího zmapování situace v rámci jedné nemocnice. Z dostupné literatury víme, že problematikou informovaného souhlasu se zabývá mnoho autorů. Bylo vypracováno i několik vysokoškolských prací. Nejvíce těchto prací se však zaměřuje na právní oblast nebo na pohled pacienta k získávání informovaných souhlasů. Já jsem ve své diplomové práci chtěla představit i názor sester, které se přímo podílejí na péči o pacienta a jsou bezprostředně při podepisování informovaných souhlasů pacienty. Doufám, že výsledky tohoto výzkumu nám pomohou identifikovat slabá místa v procesu získání informovaných souhlasů od pacientů a stanovit návrhy opatření pro jeho zlepšení. Pro výzkumné šetření byly vybrány sestry z interních a chirurgických oborů různého zaměření, všechny pracovaly na JIP. Oddělení byly vybrány náhodně. Složení sester na odděleních bylo různorodé, co se týká věku, vzdělání i délky praxe. Ve výzkumu jsem se snažila zajistit co nejvíce reprezentativní vzorek respondentů.

V průběhu zpracování diplomové práce byla změněna Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. na vyhlášku č. 137/2028 Sb. a dále byla přijata nová legislativa EU GDPR – obecné nařízení o ochraně osobních údajů. Musím konstatovat, že tyto změny v legislativě prozatím neměly žádný významný vliv na provoz oddělení. Pracoviště, kde byl prováděn výzkum, postupují podle předem schválených interních směrnic. Jediná změna, kterou jsem odhalila je, že si lékaři nemůžou posílat informace o pacientech e-mailovou poštou. Když jsem si byla vyzvednout dotazníky na výzkumných pracovištích, sestry ještě nevěděly o změně vyhlášky.

V následujícím textu se budu snažit pomocí interpretace výsledků získaných kvantitativním šetřením odpovědět na mnou stanovené výzkumné otázky a tyto také podrobit diskusi. Pro porovnání výsledků výzkumu jsem použila několik vysokoškolských prací, které se také zabývaly tématikou informovaných souhlasů.

### **Výzkumná otázka č. 1: Domnívají se sestry, že byli pacienti před podepsáním informovaného souhlasu lékařem dostatečně ústně poučeni?**

Z dotazníkového šetření je patrné, že před podepsáním informovaných souhlasů informuje pacienta lékař. Odpověď „VŽDY“ použilo 69 respondentů (69,7 %). Touto otázkou jsem si chtěla potvrdit, jestli poučení pacientů před podepsáním informovaných souhlasů nepřebírají sestry nad rámec svých kompetencí. Zdravotní sestry samozřejmě mohou podávat informace pacientům, ale pouze o výkonech, které spadají do jejich kompetencí. Výsledky můžu porovnat s dosud provedenými výzkumy, např. Bláhová ve své práci

uvádí, že sami pacienti na tento dotaz odpovídají: „*Hlavními informátory jsou pro pacienty lékaři. Tuto odpověď zvolilo 91 % respondentů dotazníkového šetření.*“ (Bláhová, 2011, s. 51). Také Machálková (2009, s. 37) ve své práci uvádí že: „*Na oddělení JIP informoval pacienta o podstatě výkonu v 81,25 % lékař.*“ K této otázce byla položena ještě kontrolní otázka dotazující se respondentů, jestli nejsou situace, kdy sestra předává informace před podepsáním informovaného souhlasu místo lékaře. Tato domněnka se nepotvrdila. V podrobnější analýze výsledků nebyl shledán signifikantní nále. Můžeme však na podkladě získaných výsledků tvrdit, že jsou stále v nemocnicích situace, kdy informace pacientům předává místo lékaře sestra. Odpověď „ČASTO“ použilo 8 respondentů (8,1 %). Tento jev se z nemocnic doposud nepodařilo vymístit jak dokládají i předchozí práce Machálkové z roku 2009 a Bartoškové z roku 2014.

Podle názoru 44 dotázaných sester (44,4 %) si lékař pro předání informací pacientům vyhradí dostatek času, 29 respondentů odpovědělo, že si nejsou jistí (29,3 %) a 26 (26,2 %) respondentů odpovědělo, že si myslí, že si lékař pro předání informací dostatek času nevyhradí.

Ústní poučení pacientů lékaři, hodnotí sestry jako dostatečné v 74 případech (74,8 %). Tento výsledek se zdá být uspokojivý i ve srovnání s dalšími výzkumy, kdy na tuto otázku odpovídali sami pacienti. Bláhová ve své diplomové práci uvádí, že pacienti informace, které obdrželi při přijetí do nemocnice, hodnotí takto: „*Pět respondentů uvedlo, že bylo plně spokojeno s informacemi poskytnutými při přijetí pacienta, jeden respondent byl s informacemi spokojen částečně, dva z respondentů byli s informacemi nespokojeni.*“ (Bláhová, 2013, s. 114)

Skutečnost, že 55 respondentů (57,5 %) odpovědělo, že si myslí, že pacienti měli před podepsáním informovaného souhlasu dost času na doplňující otázky a 42 respondentů (42,5 %) odpovědělo pravý opak, se zdá být poměrně zajímavá. Příkládám tuto skutečnost tomu, že sestry mohly hodnotit rozdílně situaci pacientů při bezprostředním příjmu na JIP nebo podepsání informovaného souhlasu např. s invazivním výkonem provedeným do 24 hodin od přijetí. Otázka v dotazníku nebyla blíže specifikovaná a mohlo dojít k obojímu vyložení situace. Odpovědi tedy mohou být zkreslené.

## **Výzkumná otázka č. 2: Porozuměli pacienti z pohledu sester textu informovaného souhlasu?**

Jak již bylo uvedeno v teoretické části diplomové práce, k tomu, aby pacient mohl udělit informovaný souhlas, musí jej lékař nejprve dostatečně poučit o podstatě výkonu, který na něm zamýšlí dělat. Zákon také udává, že souhlas s hospitalizací musí pacient udělit vždy písemně. Pacient se však do procesu poučení musí také aktivně zapojit. Je po něm žádáno, aby si tištěný informovaný souhlas přečetl, a aby porozuměl jeho textu. Někdy je však obtížné i pro zdravého člověka se ve stozích informovaných souhlasů zorientovat.

Úkolem lékaře je pak vysvětlit věci, kterým pacient nerozuměl, protože tištěné informované souhlasy obsahují i mnoho odborných termínů. Sám ředitel právní kanceláře ČLK JUDr. Jan Mach odpověděl v zářijovém vydání časopisu *Tempus Medicorum* tazateli, že není nutné mít všechny informované souhlasy v písemné formě. Písemnou formu informovaného souhlasu musíme dodržet pouze v případě, kdy nám to udává právní předpis, např. souhlas s hospitalizací, nebo pokud si pacient sám vyžádá informovaný souhlas v písemné podobě. U ostatních informovaných souhlasů, i v případě soudního sporu, je důležitější prokázat, že lékař s pacientem o výkonu hovořil, než pouze předložit podepsaný papír. JUDr. Mach také doporučuje lékařům, aby zaznamenali do zdravotnické dokumentace, že hovořili s pacientem o plánovaném výkonu a odpověděli na všechny jeho otázky (Mach, 2018b).

Podle názoru 55 oslovených respondentů (55,5 %) čtou pacienti tištěné informované souhlasy, než je podepíší. 44 respondentů se však domnívá (44,5 %), že pacienti předložené dokumenty nečtou. Z dat získaných od respondentů není vidět ani významný rozdíl mezi interními a chirurgickými obory. V předchozích výzkumných šetřeních si můžeme potvrdit získané výsledky. Bartošková ve své práci uvádí, že 40 % tázaných respondentů nečte vůbec v nemocnici předložené dokumenty, 40 % čte předložené dokumenty pouze částečně a 20 % čte předkládané dokumenty zcela (Bartošková, 2014). Dufková (2010, s. 76) uvádí, že: „*Pacient si formulář sám přečte pouze ve 42 % případů.*“ Machálková (2009, s. 46) ve svém výzkumu došla k závěru: „*Na JIP si písemné souhlasy polovina pacientů pročítá nebo pročítá částečně, zatímco druhá polovina je nečte vůbec.*“ Machálková se ve své práci také domnívá, že pacienti na JIP jsou ovlivněni tíživou životní situací, a proto tištěné informované souhlasy nečtou. Já se k tomuto názoru přikláním. Ze své praxe dobře vím, že příjem pacienta na JIP je pro něj vždy velmi náročný a stresující. Některé výkony je nutno provést rychle, aby nedošlo k nebezpečí z prodlení, a v praxi není vždy prostor pro to, aby pacient pročetl předložené dokumenty. Musíme si uvědomit, že informované souhlasy jsou psané odborným jazykem. Mnoho pacientů tak nemá šanci porozumět jejich textu. Může to být např. zapříčiněno věkem pacientů, mnoho lidí přijímaných na JIP nemá s sebou brýle a informovaný souhlas si nemůžou přečíst, protože na něj nevidí. Nesmíme zapomínat ani na méně přizpůsobivé občany, sociálně izolované a také negramotné.<sup>1</sup> Nicméně na dotaz, jestli si sestry myslí, že jsou tištěné informované souhlasy pro pacienty srozumitelné, odpovědělo kladně 87 respondentů (87,9 %). 12 respondentů (12,1 %) odpovědělo na tento dotaz záporně.

---

<sup>1</sup> Český statistický úřad uvádí, že v České republice bylo v roce 2011 při sčítání lidu v populaci starší 15 let úplně bez vzdělání přes 42 tisíc lidí a více než 29 tisíc občanů České republiky nedokončilo ani základní vzdělání (Plně negramotných..., 2013)

### **Výzkumná otázka č. 3: Kladli pacienti sestrám po podepsání informovaného souhlasu doplňující otázky?**

Tato výzkumná otázka byla položena respondentům se snahou zjistit, jak moc se sestry podílejí na předávání informovaných souhlasů a jaká je toho příčina.

Z předchozích otázek i z minulých výzkumů vyplývá, že pacienti jsou lékaři informováni před podepsáním informovaného souhlasu. Jako zdravotní sestra se však sama denně setkávám s tím, že mi pacienti dávají otázky, které ale přísluší odpovědět lékaři. Zajímalo mě tedy samotný fakt, jestli se i ostatní kolegyně ve své praxi s tímto jevem setkávají a co je podle jejich názoru jeho příčina.

65 oslovených respondentů (65,7 %) odpovědělo, že se jich pacienti ptají na doplňující otázky po podepsání informovaného souhlasu. 34 respondentů (34,3 %) pak odpovědělo, že se jich pacienti spíše nebo vůbec neptají na doplňující otázky.

V sekundární analýze dat jsem hledala souvislost mezi tím, jestli se respondentů pacienti doptávají na informace i po podepsání informovaných souhlasů a jinými otázkami z dotazníku, jako např. dostatek času lékařů, jestli pacienti čtou informované souhlasy, jestli jsou informované souhlasy pro pacienty srozumitelné a také místo, na kterém jsou informace pacientům předávány. Můj předpoklad byl, že mezi těmito faktory bude souvislost. Sekundární analýza dat však nepotvrdila signifikantní nálezy. Z minulých výzkumů však můžeme zjistit, že jedním z možných faktorů, který ovlivňuje to, že se pacienti později doptávají na informace sester, může být stále ještě v některých pacientech přetrvávající princip paternalismu. Obzvláště se s tím můžeme setkat u některých seniorů.

Na dotaz, proč si respondenti myslí, že se stává, že se jich pacienti ptají na další informace po podepsání informovaného souhlasu, odpovídali respondenti shodně s dřívějšími výzkumy. Machálková se ve svém výzkumu ptala pacientů, jestli měli možnost ptát se na to, čemu nerozuměli. Z výsledků jejího výzkumu vyplývá, že možnost tázat se, měli všichni pacienti na JIP, ale pouze 25 % respondentů se zeptalo lékaře, 18,8 % se zeptalo lékaře i sestry, ale 56,3 % respondentů se nezeptalo nikoho. Machálková se domnívá, že je to způsobeno tím, že pacienty napadnou otázky až později nebo že příčinou může být akutní stav pacientů (Machálková, 2009). Tyto výsledky se shodují i s mým výzkumem, kdy 8 respondentů (13,8 %) uvedlo, že si myslí, že jsou pacienti ve stresu ze své situace a zapomněli otázku a 11 respondentů (12,3 %) uvedlo, že pacienty napadají otázky až později, po poučení lékaře.

Dále respondenti v mém výzkumu uvádějí, že si myslí, že pacienti nechtějí obtěžovat lékaře svými dotazy, takto odpovědělo 12 respondentů (18,5 %) a devět respondentů (17 %) uvádí, že pacient lékaři nerozuměl, protože používal příliš odborné výrazy. Bláhová ve své práci uvádí, že z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že někteří pacienti nemají odvahu

se vůbec zeptat nebo se nezeptají úplně na vše, co by je zajímalo (Bláhová, 2011). Bartošková vedla ve své práci rozhovory přímo s lékaři a uvádí, že sami lékaři přiznali, že nemají čas se ptát zpětně pacientů, jestli rozuměli podaným informacím (Bartošková, 2014).

Posledním aspektem, který uvedli respondenti v mém výzkumu, byl fakt, že se respondenti domnívají, že pacienti se sester ptají na informace z toho důvodu, že s nimi mají bližší vztah než s lékaři, protože podle jejich názoru, tráví sestry s pacienty mnohem více času než lékaři. Takto odpovídalo 15 respondentů (23,1 %).

**Výzkumná otázka č. 4: Domnívají se sestry, že mají pacienti při podepisování informovaného souhlasu vhodné podmínky? (Jako např. dostatek času, možnost poradit se s rodinou...)?**

Při příjmu pacienta na JIP je jistě obtížnější vytvořit vhodné podmínky k podepsání informovaného souhlasu. Nesmíme však zapomínat na to, že i pacient akutně přijímaný k hospitalizaci, pokud je toho schopen, musí udělit minimálně písemný souhlas s hospitalizací a musí být lékařem informován o všech zamýšlených výkonech, ke kterým musí udělit souhlas. Na pacienty by neměl být před podepsáním informovaného souhlasu vyvíjen nátlak. Ve své praxi se setkávám i s pacienty, kteří nedokážou převzít odpovědnost za své zdraví a nedokážou se sami rozhodnout. Proto se domnívám, že pro pacienty akutně přijímané na JIP je vždy lepší, pokud u sebe mají někoho blízkého. V novelizaci Vyhlášky o zdravotní dokumentaci je počítáno se situací, že si pacient již u příjmu k hospitalizaci může zvolit osobu, která je pro něj osobou blízkou, a která v případě potřeby může za pacienta udělit zástupný souhlas.

Na dotaz, jestli si respondenti myslí, že na jejich oddělení mají pacienti k podepisování informovaných souhlasů vhodné podmínky, odpovědělo 72 respondentů (72,7 %) kladně. 27 respondentů (27,3 %) uvedlo, že si myslí, že na jejich oddělení nemají respondenti vhodné podmínky k podepsání informovaného souhlasu.

V dotazníku jsem se dále ptala respondentů, jestli se na odděleních, na kterých pracují, stává, že by pacient podepisoval informovaný souhlas v časové tísní těsně před výkonem. Zákon sice neudává, jaký má být vyhrazen čas před podepsáním informovaného souhlasu. Je však nutné, aby byl souhlas udělen svobodně, bez nátlaku a pacient měl možnost informace zvážit a rozhodnout se, co pro něj bude nejlepší. 64 respondentů (64,6 %) uvádí, že se na jejich oddělení stává, že pacient podepisuje informovaný souhlas v časové tísní. 35 respondentů (35,4 %) toto tvrzení popírá. 17 respondentů (17,2 %) dále uvádí, že na jejich oddělení dochází i k situacím, kdy pacient podepisuje informovaný souhlas až zpětně, po výkonu. 10 respondentů (45,5 %) se ještě dále vyjádřilo, že si myslí, že k této situaci dochází z důvodu časové tísně. Takto získaný souhlas od pacienta je samozřejmě podle zákona neplatný. Je ale důležité zmapovat, že k takovýmto situacím může docházet.

Můj názor je, že k těmto situacím může docházet především v prostředí JIP, kde jsou prováděny akutní, život zachraňující výkony a to obzvláště při příjmu k hospitalizaci. Mou domněnku posiluje i výzkum Dany Machálkové (2009, s. 44), která ve své práci uvádí: „Na JIP podepsalo 62,50 % pacientů souhlas těsně před provedením výkonu. 12,50 % dotazovaných den před výkonem a 25 % v klidu v den výkonu.“ Machálková se domnívá, že tyto výsledky nejsou překvapivé, protože na JIP je souhlas pacienta vždy vyžadován v časovém presu. Oproti tomu její výsledky z výzkumu na standardních odděleních uvádějí, že 87,5 % pacientů podepisuje informované souhlasy s časovým odstupem (Machálková, 2009).

Zaměřila jsem se i to, jestli mají pacienti přijímaní na JIP možnost poradit se před udělením souhlasu se svou rodinou. 38 respondentů (38,4 %) odpovědělo, že na jejich oddělení má pacient možnost poradit se s rodinou. 13 respondentů (13,1 %) neví, jestli je na jejich oddělení možné, aby se pacient poradil se svou rodinou a 48 respondentů (48,5 %) uvedlo, že na jejich oddělení to možné není. Rodina sehrává důležitou roli v otázce zdraví a nemoci pacientů. Podpora rodiny v náročných životních situacích, jako je příjem pacienta na JIP, může být pro některé pacienty naprostou prioritou. Proto bychom se my, zdravotníci, měli snažit především o účelnou komunikaci a snažit se na JIP překonat profesionální bariéru vnímání péče o pacienta. Pokud si to pacient přeje, a je to možné s ohledem na jeho zdravotní stav, měli bychom mu umožnit, aby se společně s ním mohla rodina podílet na rozhodování o jeho péči. Mám dojem, že v prostředí JIP je však někdy zdravotníky rodina vnímána spíše jako překážející.

K zajištění vhodných podmínek pro podepsání informovaného souhlasu jistě patří i místo, kde jsou pacientům informace předávány. JIP jsou různě stavebně zařízeny. Některé mají oddělené boxy, některé jsou uzpůsobeny jako velké pokoje pro několik nemocných. Jsem přesvědčená o tom, že místo, na kterém jsou pacientovi předány informace o výkonech, které má podstoupit, může do velké míry ovlivnit jeho schopnost soustředit se a porozumět předávaným informacím. Oslovených respondentů jsem se v dotazníkovém šetření ptala, kde jsou u nich na oddělení předávány informace pacientům. 70 respondentů (70,7 %) uvedlo, že informace pacientům jsou na jejich oddělení podávány na společném pokoji. 21 respondentů (21,2 %) uvádí, že informace jsou předávány pacientům na samostatném pokoji (boxe). Pět respondentů (5,1 %) uvedlo, že pacientům jsou předávány informace na chodbě nebo ve výukové místnosti a tři respondenti (3 %) uvedli, že informace jsou pacientům předávány na ambulanci. Sekundární analýza dat potvrdila signifikantní nález mezi místem, na kterém jsou předávány informace pacientům. Sestry považují za vhodné podávat informace pacientům na samostatném boxu, společný pokoj pacientů považují pro předání informací jako spíše nevhodný. Některá pracoviště, na kterých byl výzkum prováděn, jsou uzpůsobena jako jedna místnost, ve které jsou až čtyři pacienti. Nemocní jsou odděleni pouze závěsy, které podle mého názoru nezajišťují dostatek soukromí pro předání informací o jejich zdravotním stavu. Ostatní pacienti samozřejmě

můžou nechtěně vyslechnout i rozhovor ostatních pacientů s lékařem. Podle výsledků z dotazníkového šetření lze usoudit, že to není ojedinělý případ. Myslím si, že takto uzpůsobené JIP nejsou zcela vhodným místem pro předání informací pacientům. Jako nejméně vhodné místo pro předání informací považuji chodbu na oddělení.



## 6. Závěr

V diplomové práci „Získávání informovaných souhlasů při příjmu pacienta na jednotku intenzivní péče“ jsem se věnovala v teoretické části práce historickému vývoji informovaných souhlasů, platné legislativě a také etickým aspektům při získávání informovaných souhlasů. V průběhu zpracování diplomové práce došlo ke změně některých zákonů, na což jsem v diplomové práci reagovala. Došlo ke změně vyhlášky o zdravotnické dokumentaci a také k přijetí GDPR. Přijetí GDPR bylo nutným opatřením pro všechny státy EU. Například i u našich nejbližších sousedů na Slovensku. Zde nabyla metodika GDPR účinnosti také 25. 5. 2018. Slovenská republika však na rozdíl od České republiky nevydala žádnou vlastní metodiku implementující GDPR do praxe. Na Slovensku došlo také ke změně zákona č. 122/2013 Z. z. o ochraně osobních údajů na zákon č. 18/2018 Z. z., podobně jako v České republice. Nynější znění zákonů obou zemí je velmi podobné a reaguje na nutnou implementaci GDPR do zákona (Implementace GDPR na Slovensku, 2018).

Téma získávání informovaných souhlasů jsem si pro svou diplomovou práci vybrala z toho důvodu, že jsem přesvědčena, že je nutné v nemocnicích stále zlepšovat tento proces a je také nutné zaměřit se na jeho nedostatky. Výzkumného šetření se účastnilo 99 respondentů.

Z výsledků provedeného výzkumného šetření můžeme vyvodit, že sestry se domnívají, že pacienti jsou před podepsáním informovaného souhlasu dostatečně ústně poučeni, nicméně v některých případech informují pacienta i sami sestry, ačkoliv se jedná o informace, ke kterým nemají kompetence. Dále bych chtěla upozornit na skutečnost, že z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že lékaři si nevyhradí vždy pro podání informací pacientům dostatek času před podepsáním informovaných souhlasů. Tato skutečnost však v praxi může být zapříčiněna mnoha okolnostmi. U pacientů stále přetrvává situace, že téměř polovina pacientů nečte text informovaných souhlasů vůbec, nebo pouze částečně. Na JIP může být tato situace důsledkem tíživé životní situace a také závažnosti pacientova zdravotního stavu. Domnívám se, že bychom měli v praxi aktivně vyhledávat a identifikovat pacienty, kteří by mohli mít se čtením informovaných souhlasů potíže. Podle výsledků výzkumného šetření však na otázku zdali si sestry myslí, že pacienti porozuměli textu informovaného souhlasu, můžeme odpovědět, že ti, kteří si ho přečetli, podle názoru sester jeho textu rozuměli (87,9 % respondentů). Ve třetí výzkumné otázce jsem posuzovala situaci, jestli se pacienti po podepsání informovaných souhlasů ptají sester na doplňující otázky. Z výzkumu vyplývá, že se pacienti ptají sester na doplňující otázky i po podepsání informovaných souhlasů. Můžeme však zhodnotit, že tato okolnost není chybou lékařů, kteří by pacienty nedostatečně informovali, ale spíše samotných pacientů, ve kterých přetrvává pocit paternalismu lékaře. Toto uvádějí jak sestry v mém výzkumném šetření, tak i samotní pacienti v dřívějších výzkumech. Nejčastěji

se můžeme setkat s odpovědí, že pacient nechtěl lékaře obtěžovat dotazy. Sestry dále uváděly, že jich se pacienti spíše ptají na další informace, protože s nimi tráví nejvíce času. Vhodnost podmínek k podepisování informovaných souhlasů jsem zkoumala z několika úhlů pohledu. Na samostatný dotaz, jestli se respondenti domnívají, že mají pacienti pro podepisování informovaných souhlasů vhodné podmínky, odpovídali respondenti spíše kladně (72,7 %). Dále však můžeme pozorovat, že pacienti přijímaní na JIP podepisují informované souhlasy více než v polovině případů v časové tísní a také dochází k situacím, kdy jsou informované souhlasy podepisovány zpětně. Možnost pacientů poradit se s rodinou jsem zařadila také pod tuto výzkumnou otázku. „Pouze“ 38 respondentů (38,4 %) uvedlo, že pacient má možnost poradit se s rodinou. Dále zde hodnotím místo předávání informací pacientům před podepsáním informovaného souhlasu. Z výzkumu vyplývá, že sestry jako nejvhodnější místo pro předání informací pacientům považují samostatný pokoj (box) pacientů.

V diplomové práci se poměrně hodně věnuji zákonům upravujícím informovaný souhlas. Legislativa není hlavní náplní zdravotních sester, ale patří neodmyslitelně k jejich práci, a proto je nutné, aby s ní sestry byly seznámeny a uměly se orientovat v novinkách. Na pracovištích, na kterých bylo výzkumné šetření prováděno, zatím nejsou sestry zcela seznámeny se změnami legislativy a samy aktivně změny legislativy většinou nesledují. Po změně vyhlášky o zdravotnické dokumentaci prozatím neproběhly žádné výrazné změny. Domnívám se také, že některé sestry neznají platnou legislativu, jelikož ve výzkumném šetření sami uvádějí, že zasahují do kompetencí lékaře, když poskytují pacientům informace, které nespádají do jejich kompetencí.

Výsledky tohoto kvantitativního výzkumu by mohly být použity pro naplnění v praxi. Zjištěné poznatky předám managementu nemocnice, ve které bylo výzkumné šetření provedeno. Ráda bych, po domluvě s vrchními sestrami jednotlivých klinik, naplánovala seminář, který by se týkal jak výsledků výzkumu, tak i seznámení sester s platnou legislativou týkající se informovaných souhlasů. Do budoucna by bylo vhodné zajistit pravidelné semináře pro sestry o nové legislativě. Dále navrhuji vytvoření edukačního materiálu nebo metodického pokynu pro zdravotnické pracovníky týkající se problematiky informovaného souhlasu.

## 7. Seznam použité literatury

ANDERSON, Dr. 1971. *The patients Bill of Rights*. Florida: American Society of Hospital Pharmacist.

APPELBAUM, Paul S., Charles W. LIDZ a Alan MEISEL. 1987. *Informed consent: legal theory and clinical practice*. New York: Oxford University Press.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3416-X.

BARTOŠKOVÁ, Markéta. 2014. *Souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas u pacientů akutně přijatých* [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/l5p34>

BLÁHOVÁ, Jaroslava. 2011. *Cítí se být hospitalizovaný pacient dostatečně informován o léčebném procesu* [online]. Hradec Králové. Bakalářská práce. Karlova univerzita, Lékařská fakulta v Hradci Králové [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/111125>

BLÁHOVÁ, Michaela. 2013. *Problematika poskytování informací v intenzivní péči* [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/n6f8jj>

ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata, Radek POLICAR a Jan MACH. 2015. Opatrovník a zástupný souhlas u pacientů v intenzivní péči. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. **26**(1), 42-45. ISSN 1214-2158.

DEMARCO, Joseph P. a Douglas O. STEWART. 2016. A theory of informed consent: the information patients should have. *International Journal of Ethics*. **12**(3), 135-150. ISSN 1535-4776.

DOLEŽAL, Adam. 2011a. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. **1**(1), 1-13 [cit. 2016-04-14]. ISSN 18048137. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal>

DOLEŽAL, Adam. 2011b. Je účast na vědeckém výzkumu naší morální povinností?. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. **1**(2), 1-

- 11 [cit. 2016-04-14]. ISSN 18048137. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/issue/view/2>
- DOLEŽAL, Adam. 2016. Informovaný souhlas – historická analýza vztahu lékaře a pacienta. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky: Journal of Medical Law and Bioethics*. 6(3), 52-71. ISSN 1804-8137.
- DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL. 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde. ISBN 978-80-7101-684-6.
- DOLEŽAL, Tomáš. 2011. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 1(1), 25-35 [cit. 2016-04-14]. ISSN 18048137. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal>
- DUFKOVÁ, Pavla. 2010. *Informování pacienta při poskytování ošetrovatelské péče* [online]. Praha. Bakalářská práce. Karlova univerzita. 1. Lékařská fakulta. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/79038>
- Eugenika. 2017. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-. Naposledy editováno 6. 4. 2017 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Eugenika&oldid=14882713>
- FOY, Margaret A. 2015. Informed consent: where are we in 2015? *The Bone* [online]. 97-B(9), 1159-61 [cit. 2016-04-14]. DOI: 10.1302/0301-620X.97B9.36506. ISSN 2049-4408.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007a. *Informovaný souhlas: Proč a jak?*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262497-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007b. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu. *Postgraduální medicína*. 9(4), 382-384. ISSN 12124184.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HENDL, Jan a Jiří REMR. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HEŘMANOVÁ, Jana. 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

Implementace GDPR na Slovensku. 2018. In: *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Praha: MVČR, ©2018. Publikováno 21. ledna 2018 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/implementace-gdpr-na-slovensku.aspx>

JOHNSTONE, Megan-Jane. 2011. Nursing ethics and informed consent. *Australian Nursing Journal* [online]. **19**(5), 29-29 [cit. 2016-04-29]. ISSN 13203185. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=66820737&scope=sit e>

KLÁNOVÁ, Markéta a Václav SEMRÁD. 2009. Právo nebýt léčen a rizika jeho akceptace lékařem. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. **19**(4), 13-15. ISSN 1210-0404.

KONEČNÁ, Jana. 2015. Informovaný souhlas "negativní revers". *Kontakt*. **17**(3), 147-153. ISSN 1212-4117.

KŘÍŽOVÁ, Eva a Jiří ŠIMEK. 2007. Theory and practice of informed consent in the Czech Republic. *Journal of Medical Ethics*. **33**(5 May), 273-277. ISSN 03066800.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1997. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their own Families*. New York: Collier Books. ISBN 978-068-4839-387.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACH, Jan. 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9.

MACH, Jan. 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, Jan. 2015. *Medicínské právo – co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Galén. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-218-3.

MACH, Jan. 2018a. Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. *TEMPUS MEDICORUM: Časopis české lékařské komory* [online]. **27**(9), 28-31 [cit. 2018-11-18]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/doc/tempus\\_file/tm-09\\_18-143.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-09_18-143.pdf)

MACH, Jan. 2018b. Vy se ptáte, právník odpovídá. *TEMPUS MEDICORUM: Časopis České lékařské komory* [online]. 27(9), 32-33 [cit. 2018-11-27]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/doc/tempus\\_file/tm-09\\_18-143.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-09_18-143.pdf)

MACHÁLKOVÁ, Dana. 2009. *Používání informovaného souhlasu na jednotce intenzivní péče* [online]. Praha. Diplomová práce. Karlova univerzita, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. organizacích [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/59290>.

MESANYOVÁ, Marie. 2006. Ošetrovatelské souvislosti informovaného souhlasu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2(3), 119-122. ISSN 18011349.

MOORE, Alison. 2012. Starting out: student experiences in the real world of nursing. I learned how important mental capacity is for informed consent. *Nursing Standard* [online]. 26(32), 29-29 [cit. 2016-04-29]. ISSN 00296570. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=74488682&scope=sit>  
e

MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2

MUSMADE, Prashant B. et al. 2013. Informed consent: Issues and challenges. *PMC: U.S. National Library of Medicine* [online]. 4(3), 134-140 [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.4103/2231-4040.116779. ISSN 2231-4040. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777303/>

PAFKO, Pavel a Jan MACH. 2013. Informovaný souhlas. *Rozhledy v chirurgii*. 92(8), 459-463. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/informovany-souhlas-41978>

PAVLÍKOVÁ, Olga. 2009. Informovaný souhlas není jen podpis na papíře. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH*. 58(41), 13-14. ISSN 1805-2355.

PHAM, Bich Ngoc. 2014. *Informovaný souhlas pacienta – srovnání české a anglické právní úpravy*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, Katedra občanského práva.

POLICAR, Radek. 2014. Pravidla pro rozhodování pacientů o poskytování zdravotní péče. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 25(6), 446-451. ISSN 1214-2158.

Plně negramotných je v ČR málo, mnoho lidí ale nechápe text. 2013. *EuroZprávy.cz*. ISSN 2336-257X. Dostupné také z: <https://eurozpravy.cz/domaci/skolstvi>

PROŠKOVÁ, Eva. 2014. Nový občanský zákoník. *Florence*. **10**(6), 3-5. ISSN 1801464x. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek et al. 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.

Sdělení č. 104/1991 Sb., sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte

Sdělení č. 209/1992 Sb., sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory Etický kodex české lékařské komory In: *Česká lékařská komora* [online]. Praha: ČLK, c2011 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf)

ŠIMEK, Jiří. 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.

ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela. 2018. Ministerstvo zdravotnictví výrazně zjednodušuje zdravotnickou dokumentaci. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, MZČR ©2010. Publikováno 3. 7. 2018 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyrazne-zjednodusujezdravotnickou-dokumentaci\\_15721\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyrazne-zjednodusujezdravotnickou-dokumentaci_15721_1.html)

ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. 2007. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6.

TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. 2011. *Medicínské právo*. V Praze: C.H. Beck. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7400-050-8.

TĚŠINOVÁ, Jolana. 2012. Právní a etické aspekty rozhodování lékaře v mezních životních situacích pro pacienta. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **14**(6), 680-684. ISSN 1212-4184.

TĚŠITELOVÁ, Vladimíra, Radek POLICAR a Ladislav DUŠEK. 2018. *Metodika implementace GDPR: Jak implementovat NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES do*

*resortu zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/implementace-gdpr\\_3805\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/implementace-gdpr_3805_11.html)

Usnesení č. 2/1993 Sb., Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: © AION CS, s.r.o. 2010-2018 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>

Ústava České republiky: Listina základních práv a svobod: podle stavu k 24.8.2004. Ostrava: Sagit, 2004. ÚZ; č. 432. ISBN 80-7208-424-0.

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3132-2.

VONDRÁČEK, Lubomír. 2008. Intenzivní medicína a její některé současné právní problémy. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **10**(5), 501-504. ISSN 1212-4184.

Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška uvolní ruce sestrám i lékařům. O trochu. 2018. *Medical tribune*. **14**(16). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>

Začíná platit GDPR: Jaké změny přinese? 10 věcí, které byste měli o tajemné zkratce vědět. 2018. *Info.cz* [online]. CZECH NEWS CENTER a.s., © 2001-2018. Publikováno 24. 5. 2018 [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: <https://www.info.cz/evropska-unie/zacina-platit-gdpr-jake-zmeny-prinese-10-veci-ktre-byste-meli-o-tajemne-zkratce-vedet-30760.html>

Zákon č. 18/2018 Z.z. Zákon o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In: *Zákony pre ľudí* [online]. Žilina: © S-EPI s.r.o. 2010-2018. [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2018-18>

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních



Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech)

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 404/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Zdravotnická dokumentace se zjednodušuje, ubývá administrativy. 2018. *Medical tribune*. 14(15), A4. ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>

# Seznam zkratek

AR – adjustovaný reziduál

č. – číslo

ČAS – Česká asociace sester

ČLK – Česká lékařská komora

EU – Evropská unie

GDPR – Obecné nařízení o ochraně osobních údajů

h. – hodina

ICN – international council of nurses (Mezinárodní rada sester)

JIP – jednotka intenzivní péče

ICU – intensive care unit

odst. – odstavec

OSN – Organizace spojených národů

s. – strana

Sb. – sbírky

tzv. – takzvaný

# Seznam grafů

Graf č. 1: Věk respondentů v jednotlivých oborech.....	38
Graf č.2: Délka praxe.....	39
Graf č. 3: Dosažené vzdělání.....	40
Graf č. 4: Souhlas s hospitalizací.....	41
Graf č. 5: Souhlasy do 48 h. od příjmu k hospitalizaci.....	42
Graf č. 6: Informování pacienta lékařem.....	43
Graf č. 7: Dostatek času pro podání informací.....	44
Graf č. 8: Informování pacientů sestrou místo lékaře.....	45
Graf č. 9: Je poučení lékařů pro pacienty dostatečné?.....	47
Graf č. 10: Dostatečné porozumění ústnímu poučení lékaře.....	48
Graf č. 11: Respektování přání pacienta.....	50
Graf č. 12: Čtení informovaných souhlasů.....	51
Graf č. 13: Srozumitelnost tištěných informovaných souhlasů.....	53
Graf č. 14: Dostatek času pro doplňující otázky.....	54
Graf č. 15: Ptají se pacienti sester na doplňující otázky?.....	55
Graf č. 16: Vhodné podmínky k podepisování informovaného souhlasu.....	57
Graf č. 17: Podepisování informovaných souhlasů v časové tísní.....	58
Graf č. 18: Podepisování informovaného souhlasu zpětně (po výkonu).....	59
Graf č. 19: Zhodnocení otázky č. 20.....	60
Graf č. 20: Možnost poradit se s rodinou.....	61
Graf č. 21: Místo předání informací pacientům.....	62
Graf č. 22: Vhodnost místa předání informací pacientům.....	63

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Sekundární analýza otázky č. 7 a otázky č. 9.....	46
Tabulka č. 2: Sekundární analýza otázky č. 10 a otázky č. 11.....	49
Tabulka č. 3: Sekundární analýza otázky č. 11 a otázky č. 13.....	52
Tabulka č. 4: Názor sester na skutečnost, že se jich pacienti po podepsání informovaného souhlasu ptají na doplňující otázky.....	56
Tabulka 5: Sekundární analýza otázky č. 18 a otázky č. 24.....	64
Tabulka 6: Sekundární analýza otázky č. 23 a otázky č. 24.....	65

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Žádost o distribuci dotazníků pro náměstkyni ošetrovatelské péče

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 1: Žádost o distribuci dotazníků pro náměstkyni ošetrovatelské péče

Bc. Veronika Kesmanová  
Něvská 587/20  
196 00 Praha 9 – Čakovice

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

V Praze, 20. 7. 2018

Žádost o povolení k distribuci dotazníků ve

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás žádostí o povolení distribuce dotazníků ve

Pracuji na I a také jsem studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia na 1. LF UK, obor Intenzivní péče. V rámci mé diplomové práce – Získávání informovaných souhlasů při příjmu pacienta na jednotku intenzivní péče, bych ráda získala informace od sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Sběr dat bych plánovala na období od 1. 8. 2018 do 30. 9. 2018.

Předpokládané anonymní dotazníky mají zjistit názory a zkušenosti sester při získávání informovaných souhlasů od pacientů na jednotkách intenzivní péče. Cílem výzkumného šetření je zhodnotit, jestli proces získávání informovaných souhlasů je z pohledu sester adekvátní a dále identifikovat možné problémy související s podepisováním informovaných souhlasů.

Zároveň Vás žádám o povolení k použití získaných informací v rámci zpracování mé diplomové práce a k prezentaci výsledků u státních závěrečných zkoušek.

Za kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

S pozdravem

Bc. Veronika Kesmanová

*Veronika Kesmanová*

Přílohy:

1. Žádost o povolení k distribuci dotazníků pro vrchní sestry
2. Souhlas vrchních sester s distribucí dotazníků na klinice
3. Dotazník pro sestry pracující na jednotkách intenzivní péče

Se žádostí:


☒ Souhlasím

☐ Nesouhlasím

Datum:

25. 07. 2018

Podpis:



Dotazník pro odborníky v péči o  
kvalitu zdravotní péče

## Příloha č. 2: Dotazník

### **Získávání informovaných souhlasů při příjmu pacienta na jednotku intenzivní péče**

#### **Dotazník**

Vážené kolegyně a kolegové, chtěla bych Vás požádat o spolupráci při výzkumu pro mou diplomovou práci.

Výzkum je zaměřen na zkušenosti zdravotních sester pracujících na jednotkách intenzivní péče ohledně získávání informovaných souhlasů od pacientů. Cílem výzkumného šetření je zhodnotit, jestli proces získávání informovaných souhlasů je z pohledu sester adekvátní a dále identifikovat možné problémy související s podepisováním informovaných souhlasů.

Jmenuji se Veronika Kesmanová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na 1. LF UK, obor Intenzivní péče.

V případě jakýchkoliv nejasností nebo dotazů týkajících se vyplnění dotazníku mě prosím neváhejte kontaktovat na telefonním čísle 605 433 783 nebo na mé e-mailové adrese KesmanovaVeronika@seznam.cz.

Předem moc děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Veronika Kesmanová



### Pokyny pro vyplňování dotazníku

1. Dotazník je anonymní, proto neuvádějte své jméno ani konkrétní pracoviště.
2. Odpovídejte pravdivě na všechny otázky.
3. Odpovídejte zakroužkováním, zvýrazněním, podtrhnutím dané odpovědi.
4. Vyplněný dotazník předejte v obálce staniční sestře.

#### **1) V jakém oboru v nemocnici pracujete?**

- a) interní obory
- b) chirurgické obory

#### **2) Vaše věková skupina?**

- a) 18–35 let
- b) 36–45 let
- c) 46–70 let

#### **3) Délka praxe?**

- a) do 1 roku
- b) do 5 let
- c) do 10 let
- d) více než 10 let

#### **4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná škola
- c) vysoká škola

#### **5) Podepisují na Vaší JIP pacienti při příjmu nebo do 24 hodin od něj souhlas s hospitalizací?**

- a) Ano, pacienti podepisují souhlas na oddělení.
- b) Ne, pacienti jsou přijímáni přes centrální příjem. Souhlas s hospitalizací již podepsali.
- c) Jiná možnost (prosím, vyplňte jaká).

#### **6) Podepisují na Vaší JIP pacienti do 48 h. od příjmu informované souhlasy? (souhlas s invazivním výkonem, souhlas s anestezií, souhlas se zavedením CŽK atd.)**

- a) Ano.
- b) Většinou ano.
- c) Většinou ne.
- d) Ne.

e) Jiná možnost, prosím doplňte jaká (př. zdravotní stav neumožňuje).

**7) Informuje na Vašem oddělení pacienta před podepsáním informovaného souhlasu lékař?**

- a) Vždy.
- b) Občas.
- c) Zřídka.
- d) Nikdy.

**8) Vyhradí si lékař, podle Vašeho názoru, na informování pacienta dostatek času?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Nejsem si jistý/á.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

**9) Stává se na Vašem oddělení, že pacienta informuje o výkonu místo lékaře sestra?**

- a) Často.
- b) Občas.
- c) Zřídka.
- d) Nikdy.

**10) Myslíte si, že je ústní poučení lékařů před podepsáním informovaných souhlasů pro pacienty dostatečné?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

**11) Myslíte si, že pacienti ústnímu poučení lékaře před podepsáním informovaného souhlasu dostatečně porozuměli?**

- a) Ano.
- b) Většinou ano.
- c) Většinou ne.
- d) Ne.

**12) Myslíte si, že lékaři respektují případná přání pacientů, týkající se jejich léčby? (tzv. living will, např. nepodávat krevní deriváty, neresuscitovat...)**

- a) Ano, je to běžné.
- b) Občas.
- c) Pouze u některých pacientů.
- d) Nikdy jsem o tom neslyšel/a.

**13) Čtou pacienti před vlastním podepsáním informovaného souhlasu předložené dokumenty?**

- a) Ano.
- b) Většinou ano.
- c) Většinou ne.
- d) Ne.

**14) Myslíte si, že tištěné informované souhlasy jsou pro pacienty srozumitelné?**

- a) Ano.
- b) Většinou ano.
- c) Většinou ne.
- d) Ne.

**15) Myslíte si, že měli pacienti dostatek času klást lékaři doplňující otázky?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

**16) Ptají se Vás (sester) pacienti po podepsání informovaného souhlasu na doplňující otázky?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

**17) Pokud jste v předchozí odpovědi odpověděli „spíše ano“ nebo „ano“, doplňte prosím, proč si myslíte, že to tak je?**

*Prosím doplňte.*

**18) Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají vhodné podmínky k podepisování informovaného souhlasu?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

**19) Stává se na Vašem oddělení, že by pacienti podepisovali informovaný souhlas v časové tísní těsně před výkonem?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.
- e)

**20) Stává se na Vašem oddělení, že by pacienti podepisovali informovaný souhlas zpětně (po výkonu)?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

**21) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „spíše ano“ nebo „ano“, proč si myslíte, že k této situaci dochází?**

- a) Časová tíseň.
- b) Lékař zapomněl.
- c) Pacient není schopen podpisu, ale souhlasí jiným způsobem.
- d) Jiná (*prosím, napište jaká*).

**22) Mají pacienti na Vašem oddělení před podepsáním informovaného souhlasu možnost poradit se s rodinou?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Nevím.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

**23) Na jakém místě jsou u Vás na oddělení nejčastěji předávány informace pacientům?**

- a) Společný pokoj pacientů.
- b) Samostatný box (pokoj) pacienta.
- c) Jiné místo (*Prosím, doplňte jaké*).

**24) Myslíte si, že je toto místo pro předávání informací pacientům vhodné?**

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

Děkuji za spolupráci.

Veronika Kesmanová

[illegible]
